

Der Einfluß sozialer Merkmale auf die Pflegeklasse gynäkologischer Patientinnen

von
Harald Dietsche
aus
Laufenburg/Baden



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548824_0027

Aus der Frauenklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. K. G. Ober

Der Einfluß sozialer Merkmale auf die Pflegeklasse gynäkologischer Patientinnen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Harald Dietsche
aus
Laufenburg/Baden

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen - Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. G. Koch

Referent: Priv. Doz. Dr. H. K. Pauli

Coreferent: Prof. Dr. K. G. Ober

Tag der mündlichen Prüfung: 25. 7. 1972

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	1
II. Methodik der Untersuchung	2
A: Datenerfassung	2
1. Abgrenzung der Population	2
2. Das Interview	2
3. Der Fragebogen	3
B: Datenauswertung	3
C: Die statistische Berechnung	4
III. Ergebnisse und Auswertung	6
1. Kapitel: Daten zur Person	6
a) Familienstand	6
b) Alter bei Heirat	8
c) Anzahl der Geburten	10
d) Konfession	12
e) Ausgehgewohnheiten	14
f) Einkaufsgewohnheiten	16
g) Ansichten zur Kindererziehung	17
h) Zusammenfassung	19
2. Kapitel: Beziehungen zur Umwelt	21
a) Wohnort	21
b) Berufstätigkeit	24
c) Haushalthilfe	25
d) Soziale Kontakte	30
e) Urlaubsgewohnheiten	32
f) Zusammenfassung	34
3. Kapitel: Soziale Einstufung	35
a) Schulbildung der Patientin	35
b) Beruf des Ehemanns	38
c) Einkommen	41
d) Schulbildung des Ehemanns	45
e) Schulbildung des Vaters	48
f) Sozialschicht	49
g) Zusammenfassung	53

	Seite
4. Kapitel: Bild vom Gynäkologen und Einstellung zur Gesundheit	54
a) Besitz eines Gesundheitslexikons	54
b) Ansichten zur Unterleibshygiene	55
c) Häufigkeit des Frauenarztbesuches	58
d) Gründe für zu seltenen Frauenarztbesuch	61
e) Wunschbild vom Frauenarzt	64
e ₁) Geschlecht des Frauenarztes	64
e ₂) Alter des Frauenarztes	65
e ₃) Familienstand des Frauenarztes	68
f) Zusammenfassung	69
5. Kapitel: Sexualverhalten	71
a) Zeitpunkt der ersten Kohabitation	71
b) Anzahl der Geschlechtspartner	74
c) Empfindungen beim Geschlechtsverkehr	76
d) Zusammenfassung	79
IV. Zusammenfassung	80
V. Anhang: Tabellen zur Berechnung der Sozialschicht	84
VI. Literaturverzeichnis	87

I. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit Zusammenhängen zwischen sozialen Merkmalen und der Pflegeklasse gynäkologischer Patientinnen. Sie basiert auf einer seit 1966 an der Universitäts-Frauenklinik Erlangen durchgeführten Untersuchungsreihe, die zum Ziel hat, Daten zur Erkennung, Verhütung und Behandlung gynäkologischer Krankheiten zu gewinnen. Dazu bedienen wir uns der Mittel der Medizinsoziologie, eines Wissenschaftszweiges, bei dem Mediziner und Soziologen Hand in Hand zusammenarbeiten und der in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung zunimmt. Unter Medizinsoziologie verstehen wir heute "eine werturteilslose empirische Wissenschaft, die sich moderner soziologischer, statistischer und datenverarbeitender Methoden bedient, um Zusammenhänge zwischen Krankheiten und Sozialem sowie Vorstellungen und Verhalten kranker Menschen zu untersuchen".(1)

II. Methodik der Untersuchung

A: Datenerfassung

1. Abgrenzung der Population

Im Zeitraum vom 15. Juni 1966 bis zum 15. Juni 1969 wurden an der Universitätsfrauenklinik Erlangen 4 936 Patientinnen mittels eines standardisierten Fragebogens interviewt.

Es wurde versucht, alle Frauen, die auf den gynäkologischen Abteilungen des Hauses stationär aufgenommen worden waren, zu befragen. Nicht einbezogen wurden Frauen unter 16 Jahre, Klinikangehörige, Patientinnen, die von der psychiatrischen Klinik überwiesen worden waren, die der deutschen Sprache nicht mächtige Ausländerinnen, sowie hochgradig schwerhörige oder senile Frauen, die die Fragen offensichtlich nicht verstehen konnten. Verweigerungen kamen vor, blieben jedoch die Ausnahme. Bei wiederholter Klinikaufnahme wurden die Patientinnen nur bei der ersten Einweisung befragt.

2. Das Interview

Interviewer waren Studierende der Medizin, die von den Patientinnen als Ärzte angesehen wurden. Zu Beginn ihrer Tätigkeit waren die Studierenden vom Forschungsleiter in der Technik des Interviews unterwiesen worden. Die anhand der Befragung zu bearbeitenden Themen waren während der Tätigkeit als Interviewer den Studierenden noch unbekannt, um eine mögliche Voreingenommenheit und Beeinflussung zu vermeiden. Das Interview selbst fand in Form des standardisierten Interviews statt, d. h. die Fragen wurden allen Frauen im gleichen Wortlaut und in der gleichen Reihenfolge gestellt. Die Interviewer waren angewiesen, keine zusätzlichen Erklärungen zu irgendeiner der Fragen zu geben und sich jeglicher Stellungnahme zu enthalten. Die Befra-

gung, bei der sich immer nur die Patientin und der Interviewer im Raum befanden, begann mit den Worten: "Wir möchten gern, daß Sie uns einige Fragen beantworten, die nicht direkt mit Ihrer jetzigen Erkrankung im Zusammenhang stehen. Diese Befragung ist Teil einer wissenschaftlichen Untersuchung und wir hoffen, daraus später wichtige Erkenntnisse über Frauenkrankheiten im allgemeinen zu gewinnen. Alles ist völlig anonym. Ihr Name wird nirgendwo genannt werden. Über alles wird strengstes Stillschweigen gewahrt. Bitte sprechen auch Sie nicht mit anderen Patientinnen darüber. Bei der Beantwortung der Fragen können Sie sich ruhig Zeit lassen."

3. Der Fragebogen

Der Fragebogen war in Zusammenarbeit mit dem Institut für vergleichende Sozialforschung (Direktor Prof. E.K. Scheuch, Köln), dem Forschungsinstitut für Soziologie (Direktor Prof. Dr. R. Koenig, Köln) und vom Leiter der Forschungsgruppe, Herrn Priv. Doz. H. Pauli entwickelt worden. (2, 3). Es enthält 111 Fragen teils halboffener, teils geschlossener Art, letztere in Form von Alternativ- oder Skalenfragen, die den Befragten auf eine beschränkte Anzahl von Möglichkeiten festlegen. (4) Außerdem bietet er noch Raum für Diagnosen und Therapieeintragungen sowie für persönliche Daten der Patientin.

B: Datenauswertung

Noch während des Interviews wurden mittels Kodeziffern die erhaltenen Antworten in die randständigen Kästchen, die Lochkartenspalten symbolisieren, eingetragen. Die Sozialschicht wurde am Schluß des Interviews nach später noch zu erläuternden Kriterien bestimmt. Die erhaltenen Daten wurden zunächst auf eine 80 - spaltige IBM-Maschinenlochkarte und später auf Magnetbänder übertragen. Das Programm

für die elektronische Verarbeitung - bei dessen Entwicklung uns die Firma Siemens in dankenswerter Weise behilflich war - ist in "Fortran IV" geschrieben. Die Auswertung erfolgte mittels Computer im Rechenzentrum der Universität Erlangen - Nürnberg. Dabei wurde für die vorliegende Arbeit die Pflegeklasse mit verschiedenen sozialen Merkmalen oder Verhaltensweisen der Patientinnen korreliert. Es wurde so verfahren, daß die unabhängige Variable im Tabellenkopf und die abhängige Pflegeklasse am Tabellenrand erscheint. Die Gesamtzahl von 4 936 Patientinnen wird bei den wenigsten Tabellen erreicht. Das liegt daran, daß erstens viele Fragen nicht an alle Patientinnen gestellt wurden, um unsinnige "Konstellationen" zu vermeiden (z. B. die Frage: Alter bei Heirat an Ledige), zweitens war es nicht möglich, alle von den Patientinnen gegebenen Antworten (zum Teil wegen zu geringer Zahlenstärke, zum Teil wegen mangelnder Aussagekraft) zu verwenden. Weiterhin ließen sich Fehler bei der großen Menge der Lochkartenspalten nicht vermeiden, sei es beim Interviewen, beim Verkoden oder beim Lochen.

C: Die statistische Berechnung

Da es sich bei dem vorliegenden Material um Zufallsstichproben handelt, waren Signifikanzberechnungen nötig. Dazu wurde die "Chi-Quadrat" - Methode nach Pearson (5) verwendet. Mit dieser Methode wird die Nullhypothese (H_0) getestet. Die Nullhypothese (H_0) besagt, daß zwischen zwei Variablen, in unserem Fall zwischen der Pflegeklasse einerseits und den verschiedenen Merkmalen andererseits, keine Beziehung besteht. Zur Prüfung der Nullhypothese (H_0) ist eine Berechnung von "Chi-Quadrat" erforderlich. Ist der errechnete Chi-Quadrat-Wert gleich groß oder größer als der aus der Standard-Tabelle ablesbare Wert für ein bestimmtes Signifikanzniveau, dann muß die Nullhypothese (H_0) abgelehnt werden. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde in unserem Fall mit 5 % angenommen.

Die zur Anwendung der Methode nach Pearson nötige Anordnung der Häufigkeiten in einer Mehrfeldertafel ist in der vorliegenden Untersuchung gegeben. Nähere Einzelheiten entnehme man den einschlägigen Standardwerken (5, 6, 7).

III. Ergebnisse und Auswertung

Das erste Kapitel behandelt zunächst persönliche Daten der Probandinnen wie: Familienstand, Alter bei Heirat, Anzahl der Geburten sowie die Konfession. Ferner wurde versucht, durch Fragen, welche die Einkaufs- oder Ausgegessenheiten sowie die Meinungen über die Kindererziehung betreffen, Ergebnisse zu erhalten, die Rückschlüsse auf die Stellung der Frau in ihrer Familie zulassen.

Wir versuchten Zusammenhänge zwischen Pflegeklasse und

- a) Familienstand
- b) Alter bei Heirat
- c) Anzahl der Geburten
- d) Konfession
- e) Ausgegessenheiten
- f) Einkaufsgewohnheiten
- g) Ansichten zur Kindererziehung

herzustellen.

1 a) Familienstand

Tabelle 1 a: Beziehungen zwischen Familienstand und Pflegeklasse

	nicht verheiratet		verheiratet		
	abs.	%	abs.	%	Summe
Privatpatientinnen	175	(11,7)	631	(18,3)	806 (16,3)
%		(21,7)		(78,3)	
Allgemeinpatientinnen	1315	(88,3)	2813	(81,7)	4128 (83,7)
%		(31,9)		(68,1)	
Summe	1490		3444		4934
		(30,2)		(69,8)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 32,92$$

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

1.) Reihenweise Prozentuierung: Verteilung der Patientinnen in den beiden Pflegeklassen in bezug auf den Familienstand.

Aus der Tabelle ist zu ersehen, daß der Anteil der Privatpatientinnen an den "Nicht-verheirateten" (unter dieser Rubrik wurden alle ledigen, verlobten, verwitweten, geschiedenen und getrennt lebenden Frauen zusammengefaßt) 22 % und an den Verheirateten 78 % betrug. In der allgemeinen Pflegeklasse dagegen gehörten 32 % zur Gruppe der unverheirateten Patientinnen, während 68 % verheiratet waren.

2.) Bei der spaltenweisen Prozentuierung, d. h. der Verteilung der Verheirateten bzw. Nichtverheirateten auf die beiden Pflegeklassen zeigt sich folgende Aufteilung: 12 % der Nichtverheirateten wählten die private Pflegeklasse und 88 % die allgemeine Pflegeklasse. Bei den verheirateten Patientinnen dagegen lagen 18 % in den Privatabteilungen und 82 % in der allgemeinen Pflegeklasse.

Demnach besteht ein Zusammenhang zwischen der Wahl der Pflegeklasse und dem Familienstand und zwar derart, daß unverheiratete Frauen relativ häufiger in der allgemeinen Pflegeklasse betreut wurden als verheiratete Patientinnen.

Diese Feststellung ist - wie die Signifikanzberechnung zeigt - statistisch gesichert.

1 b) Alter bei Heirat

Tabelle 1 b: Beziehungen zwischen Heiratsalter und Pflegeklasse

	bis 20	21 - 25	26 - 30	30 u. älter	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	113 (10,7)	364 (16,8)	171 (22,0)	73 (21,3)	721 (16,6)
%	(15,7)	(50,5)	(23,7)	(10,1)	
Allgemeinpatientinnen	941 (89,3)	1797 (83,2)	607 (78,0)	270 (78,7)	3615 (83,4)
%	(26,0)	(49,7)	(16,8)	(7,5)	
Summe	1054 (24,3)	2161 (49,8)	778 (17,9)	343 (7,9)	4336

Chi-quadrat_{err} = 48,03

Chi-quadrat_{Tab} = 7,81

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung:

Von den Privatpatientinnen heirateten 16 % vor Erreichen des 21. Lebensjahres, 50 % zwischen 21 und 25 Jahren, 24 % zwischen 26 und 30 Jahren und 10 % in einem Alter über 30 Jahren. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse waren 26 % bereits mit 21 Jahren verheiratet, 50 % hatten ebenfalls zwischen 21 - 25 Jahren die Ehe geschlossen, 17 % heirateten zwischen 26 und 30 Jahren und 7,5 % waren über 30 Jahre alt.

Deutliche Unterschiede zeigten also nur die Frauen, die bei der Eheschließung jünger als 21 Jahre waren, und diejenigen, deren Eheschließung zwischen 26 und 30 Jahren erfolgte. In der ersten Gruppe waren die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse und in der zweiten die Privatpatientinnen stärker vertreten. Abgesehen davon gingen jedoch in beiden Pflegeklassen die meisten Frauen zwischen 21 und 25 Jahren eine Ehe ein.

2.) Betrachtet man die verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich ihres Anteils an den jeweiligen Pflegeklassen (spaltenweise Prozentuierung), so zeigte sich folgendes Bild: Von den Patientinnen, die vor dem 21. Lebensjahr eine Ehe eingegangen waren, gehörten 11 % der privaten und 39 % der allgemeinen Pflegeklasse an. Die Frauen, die zwischen 21 und 25 Jahren geheiratet hatten, lagen zu 17 % auf den Privatstationen und zu 83 % auf den allgemeinen Pflegestationen. Frauen, die sich zwischen 26 und 30 Jahren verheiratet hatten, verteilten sich zu 22 % auf die privaten und zu 78 % auf die allgemeinen Stationen. Die gleichen Prozentzahlen fanden wir bei den Frauen, die über 30 die Ehe geschlossen hatten.

Mit zunehmendem Heiratsalter stieg also - wenn man von den Frauen über 30 Jahren absieht - der Anteil der Privatpatientinnen an bzw. ging der Anteil der Allgemeinpatientinnen zurück; oder, anders ausgedrückt: Privatpatientinnen schlossen nach unseren Erfahrungen in der Regel später die Ehe als Kranke aus der allgemeinen Pflegeklasse. Diese Beziehung wird durch die Signifikanzberechnung bestätigt.

1 c) Anzahl der Geburten

Tabelle 1 c: Beziehungen zwischen Geburtenzahl und Pflegeklasse

	keine Geburt	1-2 Geburten	mehr als 2 Geburten	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	279 (21,0)	404 (17,0)	123 (10,0)	806 (16,0)
%	(35,0)	(50,0)	(15,0)	
Allgemeinpatientinnen	1029 (79,0)	2026 (83,0)	1071 (90,0)	4126 (84,0)
%	(25,0)	(49,0)	(26,0)	
Summe	1308	2430	1194	4932
	(27,0)	(49,0)	(24,0)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 55,82 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 5,99$$

Da der errechnete "Chi-Quadrat" - wert den aus der Tabelle ablesbaren Wert übertrifft, ist die Beziehung signifikant.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung, d. h. die Verteilung der Frauen beider Pflegeklassen auf die Geburtenzahl: 35 % der Privatpatientinnen hatten keine Kinder geboren, 50 % ein bis zwei Kinder und nur 15 % hatten mehr als zwei Geburten. Von den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse hatten 25 % keine eigenen Kinder, 49 % jedoch ein oder zwei und 26 % hatten mehr als zwei Kinder zur Welt gebracht.

2.) Beschreibung der spaltenweisen Prozentuierung: Von den Patientinnen, die keine Geburten hatten, gehörten 21 % der privaten und 79 % der allgemeinen Pflegeklasse an, 17 % der Patientinnen mit ein bis zwei Geburten wählten die private und 83 % lagen in der allgemeinen Pflegeklasse. Frauen mit mehr als zwei Geburten lagen zu 10 % in den Privatabteilungen und zu 90 % in den allgemeinen Abteilungen der Universitäts-Frauenklinik.

In beiden Pflegeklassen war also der Prozentsatz der Frauen mit ein bis zwei Geburten gleich hoch und machte mit jeweils 50 % den größten Anteil aus. Außerdem zeigte sich, daß mit zunehmender Kinderzahl der Anteil der Kassenpatientinnen ebenfalls zunimmt und der der Privatpatientinnen entsprechend abnimmt. Bemerkenswert erscheint ferner noch die Tatsache, daß jede dritte Privatpatientin keine Geburt hatte.

Vergleichbare Untersuchungen bestätigen unsere Ergebnisse. L. Kriegel (8) weist darauf hin, daß "sich für die Kinderzahl Schulbildung, berufliche Tätigkeit, finanzielle Verhältnisse und Sozialschicht als die bedeutsamsten Kriterien erweisen. Die Häufigkeit von mehr als zwei Kindern ist stets bei niedriger Bewertung obengenannter Faktoren am größten. Die kleine Familie dagegen - mit ein bis zwei Kindern - kommt überwiegend bei Frauen vor, die soziologisch hohe Merkmale aufweisen."

1 d) Konfession

Tabelle 1 d: Beziehungen zwischen Religionszugehörigkeit und Pflegeklasse

	evange- lisch	katholisch	
	abs. %	abs. %	Summe
Privatpatientinnen	452 (18,7)	333 (13,7)	785 (16,2)
%	(57,6)	(42,4)	
Allgemeinpatientinnen	2965 (81,3)	2092 (86,3)	4057 (83,3)
%	(48,4)	(51,6)	
Summe	2417 (49,9)	2425 (50,1)	4842

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 22,0 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Die von uns interviewten Personen setzten sich zu fast gleichen Teilen aus Protestanten (2417) und Katholiken (2425) zusammen; 92 Frauen waren entweder Angehörige anderer Religionsgemeinschaften oder machten diesbezüglich keine Angaben; sie wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.

1.) Reihenweise Prozentuierung: Konfessionsweise Aufteilung der Patientinnen auf die beiden Pflegeklassen. Von unseren Privatpatientinnen gehörten 58 % der evangelischen und 42 % der katholischen Religion an. In der allgemeinen Pflegeklasse waren 48 % evangelisch und 52 % katholisch.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung zeigt, daß 19 % der evangelischen Frauen in den Privatabteilungen und 81 % auf den übrigen Stationen lagen, bei den Katholikinnen dagegen 14 % auf Privatstationen, aber 86 % in der allge-

meinen Pflegeklasse.

Die Konfession hatte also tatsächlich einen Einfluß auf die Pflegeklasse. Evangelische Frauen lagen häufiger auf der Privatstation als Katholikinnen. Die "Chi-Quadrat" - Berechnung zeigt, daß die Unterschiede signifikant sind. Die Vermutung liegt nahe, daß der Grund für die stärkere Repräsentanz der evangelischen Frauen auf das allseits bekannte, und schon von Max Weber (9) beschriebene Übergewicht der Protestanten in den sozial höher stehenden Schichten zurückzuführen ist.

1 e) Ausgeglichenheiten

Tabelle 1 e: Beziehungen zwischen Ausgeglichenheiten und Pflegeklasse

	kein oder sehr selte- ner Ausgang	Frau be- stimmt	Mann be- stimmt	nur gemein- same Ent- schlüsse	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	140 (9,8)	70 (23,0)	103 (20,3)	293 (27,3)	612 (18,3)
%	(22,9)	(11,4)	(17,8)	(47,9)	
Allgemeinpatientinnen	1294 (90,2)	235 (77,0)	428 (79,7)	782 (72,7)	2739 (81,7)
%	(47,2)	(8,6)	(15,6)	(28,6)	
Summe	1434 (42,8)	305 (9,1)	537 (16,0)	1075 (32,1)	3351

Chi-quadrat_{err} = 133,62 Chi-quadrat_{Tab} = 7,81

Wie die "Chi-Quadrat"-werte zeigen, sind die Ergebnisse statistisch signifikant.

Der Tabelle liegt folgende Frage zugrunde, die wir unsere Probandinnen zu beantworten baten: "Wenn Sie abends ausgehen möchten, und Sie können sich mit Ihrem Mann nicht ganz einig werden, wo man den Abend verbringen sollte, wer von Ihnen setzt sich dann meistens durch: Ihr Mann oder Sie?" Natürlich wurde diese Frage nur an zur Zeit verheiratete Frauen gestellt.

1.) Reihenweise Prozentuierung: Von den Patientinnen der Privatklassen gaben 23 % an, nie oder selten auszugehen. 11 % sagten, sie selbst würden letztlich die Entscheidung treffen und 18 % gestanden diese dem Ehemann zu. Die meisten jedoch - und zwar 48 % - trafen die Beschlüsse gemeinsam. Die Frauen in der allgemeinen Pflegeklasse gingen nach ihren Angaben mit 47 % in der Mehrheit nicht oder nur selten aus. Bei 9 % bestimmte die Frau, bei 16 % der Mann und 29 % entschieden gemeinsam.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Die Frauen, die nie oder nur selten ausgingen, waren zu 10 % unter den Privatpatientinnen und zu 90 % unter den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse vertreten. Die Gruppe, in der die Frau bestimmte, verteilte sich zu 23 % auf die Privat- und zu 77 % auf die Allgemeinstation. Der Mann entschied bei 20 % der Privatpatientinnen und bei 80 % der Patientinnen der allgemeinen Stationen. Gemeinsame Beschlüsse fällten nach Angabe der Probandinnen 27 % der Frauen der privaten und 73 % der allgemeinen Pflegeklasse.

Hierbei fällt auf, daß die Gruppe, die nie oder nur selten ausging, in der allgemeinen Pflegeklasse doppelt so hoch war wie bei den Privatpatientinnen. Ferner entschieden fast doppelt soviel Privatpatientinnen gemeinsam mit ihrem Ehemann. Es wäre denkbar, daß dies auf einen höheren Grad der

Emanzipation bei den Patientinnen der Privatkasse zurückzuführen ist, zumal auch die Fälle, in denen sich die Frau durchsetzte, bei den Privatpatientinnen um 3 % höher lagen.

1 f) Einkaufsgewohnheiten

Tabelle 1 f: Beziehungen zwischen Einkaufsgewohnheiten und Pflegeklasse

	mit Mann sprechen		Mann über- raschen		Summe
	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen	461	(16,6)	146	(22,4)	607 (17,7)
%		(75,9)		(24,1)	
Allgemeinpatientinnen	2313	(83,4)	506	(77,6)	2819 (82,3)
%		(82,1)		(17,9)	
Summe	2774		652		3426
		(81,0)		(19,0)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 12,07 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{T}} = 3,84$$

Wie die "Chi-Quadrat" - Berechnung zeigt, gibt es eine Beziehung zwischen der Pflegeklasse und den Einkaufsgewohnheiten unserer Probandinnen. Ho muß also abgelehnt werden.

Die Frage, die dieser Tabelle zugrunde liegt, lautete: "Wenn Sie für sich persönlich etwas anschaffen müßten, z. B. ein Kleid oder einen Mantel oder so, was würden Sie tun: Würden Sie mit Ihrem Mann darüber sprechen oder würden Sie sich den Gegenstand kaufen und Ihren Mann damit überraschen?"

1.) Reihenweise Prozentuierung: 76 % der Privatpatientinnen gaben an, vor einer persönlichen Anschaffung mit dem Ehemann zu reden, 24 % dagegen würden ihn überraschen. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse gaben noch weniger Frauen an, nämlich nur 18 %, Einkäufe ohne Rücksprache zu tätigen, während 82 % eine Anschaffung besprächen.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Auf Privatstationen lagen 17 % aus der Gruppe, die eine Anschaffung vorher mit dem Ehemann berät, 83 % dagegen in der allgemeinen Pflegeklasse. Die "eigenmächtig" handelnden Frauen waren zu 22 % Privatpatientinnen, zu 78 % lagen sie in der allgemeinen Pflegeklasse.

Privatpatientinnen erledigten also persönliche Einkäufe in größerem Maße ohne Rücksprache mit dem Ehemann als diejenigen der allgemeinen Pflegeklasse. Gründe hierfür können sowohl ein größeres Maß an Selbständigkeit als auch die Tatsache sein, daß in dieser Gruppe größere finanzielle Möglichkeiten gegeben sind.

1 g) Ansichten über Kindererziehung

Im letzten Absatz des ersten Kapitels interessierte uns, ob in der Auffassung hinsichtlich der Kindererziehung Unterschiede zwischen den beiden Patientinnengruppen bestehen. Die entsprechende Frage lautete: "Wenn es um die Kindererziehung geht, wer sollte da in der Familie hauptsächlich etwas zu sagen haben, der Mann oder die Frau?"

Tabelle 1 g: Ansichten über Kindererziehung

	Mann		Frau		beide gemeinsam	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Privatpatientinnen %	107 (17,5)	(16,8)	193 (31,5)	(16,7)	313 (51,1)	(18,5)
Allgemeinpatientinnen %	530 (18,4)	(83,2)	966 (33,6)	(83,3)	1379 (48,0)	(81,5)
Summe	637 (18,3)		1159 (33,2)		1692 (48,5)	
					3488	

Chi-quadrat_{err} = 1,94 Chi-quadrat_η = 5,99

Ein Zusammenhang zwischen der Pflegeklasse und der Ansicht über die Kindererziehung konnte durch die Signifikanzberechnung nicht bestätigt werden; da der errechnete "Chi-Quadrat" - Wert niedriger ist als der aus der Standardtabelle ablesbare Wert, muß die Nullhypothese, die den oben aufgestellten Zusammenhang negiert, beibehalten werden.

1 h) Zusammenfassung

Im ersten Kapitel beschäftigten wir uns mit Daten zur Person unserer Probandinnen. Wir sahen, daß Privatpatientinnen zwar häufiger verheiratet waren, jedoch in der Regel später, d. h. in höherem Alter, eine Ehe schlossen als dies Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse taten. Weiterhin zeigte es sich, daß mit zunehmender Kinderzahl der Anteil an Privatpatientinnen zurückging bzw. die Zahl der Allgemeinpatientinnen anstieg. Dennoch zeichnete sich - und zwar in beiden Pflegeklassen - die Tendenz zur "Kleinfamilie" deutlich ab: jeweils die Hälfte aller Frauen hatten nur ein - zwei Kinder zur Welt gebracht. Die Korrelation von Pflegeklasse und Konfession ergab, daß katholische Frauen auf den allgemeinen Stationen stärker vertreten waren, evangelische dagegen häufiger die private Pflegeklasse in Anspruch nahmen. Die letzten drei Abschnitte des ersten Kapitels behandelten Gesichtspunkte, unter denen wir das Verhalten unserer Probandinnen innerhalb der Familie in Augenschein nahmen. Wir stellten fest, daß Privatpatientinnen weitaus häufiger gemeinsame Entschlüsse in Bezug auf das Ausgeheziel trafen als Patientinnen in der allgemeinen Pflegestation, von denen allerdings 47 % nie oder nur selten ausgingen. Ferner stellten wir fest, daß Patientinnen, die auf der Privatstation lagen, in größerem Maße persönliche Einkäufe ohne Rücksprache mit dem Ehemann tätigten als dies bei Frauen aus der allgemeinen Pflegeklasse der Fall war; dennoch besprachen sich auch hier mehr als 75 % der Frauen vorher mit dem Ehemann. Einen Einfluß der Pflegeklasse auf die Ansichten über Kinder-

erziehung konnten wir dagegen nicht feststellen.

2. Kapitel: Beziehungen zur Umwelt

Im zweiten Kapitel korrelierten wir die Pflegeklasse mit verschiedenen Umweltfaktoren wie Wohnortgröße, Berufstätigkeit und dem eventuellen Vorhandensein einer Person, die bei der Hausarbeit hilft sowie der Häufigkeit der Hilfe. Weiterhin untersuchten wir, ob Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der sozialen Kontakte bzw. den Urlaubsgewohnheiten und der Pflegeklasse unserer Probandinnen bestehen.

Untersucht wurden Beziehungen zwischen Pflegeklasse und

- a) Wohnort
- b) Berufstätigkeit
- c) Haushalthilfe
 - c1) Familienzugehörigkeit der helfenden Person
 - c2) Häufigkeit der Hilfe
- d) Soziale Kontakte
- e) Urlaubsgewohnheiten

2 a) Wohnort

Die Patientinnen wurden nach der Größe ihres derzeitigen Wohnortes in vier Gruppen eingeteilt:

1. Patientinnen aus vorwiegend dörflichen Gemeinden
(bis 10 000 Einwohner)
2. Patientinnen aus Kleinstädten
(bis 50 000 Einwohner)
3. Patientinnen aus Mittelstädten
(bis 100 000 Einwohner)
4. Patientinnen aus Großstädten
(über 100 000 Einwohner)

Tabelle 2a: Beziehungen zwischen Wohnortgröße und Pflegeklasse

	Dorf	Klein- stadt	Mittel- stadt	Groß- stadt	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	216 (10,2) (27,3)	91 (14,2) (11,5)	397 (21,2) (48,9)	97 (34,8) (12,3)	791 (16,3)
%					
Allgemeinpatientinnen	1893 (89,8) (46,6)	551 (85,8) (13,6)	1436 (78,8) (35,4)	182 (65,2) (4,5)	4062 (83,7)
%					
Summe	2109 (43,5)	642 (13,2)	1823 (37,6)	279 (5,7)	4853

Chi-quadrat_{err} = 161,07

Chi-quadrat_{Tab} = 7,81

Da die "Chi-Quadrat" - Berechnung einen Wert ergibt, der höher liegt als der aus der Standardtabelle ablesbare, besteht also eine Beziehung zwischen unseren beiden Merkmalen Wohnortgröße und Pflegeklasse. Die Nullhypothese (H_0), die einen solchen Zusammenhang leugnet, muß also abgelehnt werden.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung, d. h. die Verteilung der Pflegeklassen auf die Wohnortgröße: Sie ergab, daß 27 % der Privatpatientinnen aus einem Dorf, 11.5 % aus einer Kleinstadt, 49 % aus einer Mittelstadt und 12 % aus einer Großstadt kamen. Bei der allgemeinen Pflegeklasse sah die Verteilung folgendermaßen aus: 47 % wohnten in einem Dorf, 14 % kamen aus der Kleinstadt, 35 % aus einer Mittelstadt und lediglich 4.5 % waren in einer Großstadt ansässig.

2.) Beschreibung der spaltenweisen Prozentuierung, also die Verteilung der jeweiligen Wohnortgrößen auf die Pflegeklassen: Von den Dorfbewohnerinnen lagen 10 % auf der privaten, 90 % auf der allgemeinen Pflegeklasse. Von unserer 2. Gruppe, den Patientinnen aus Kleinstädten, waren 14 % Privat- und 86 % Allgemeinpatientinnen. Bei den Bewohnerinnen der Mittelstädte war das Verhältnis Privat- zu Allgemeinpatientinnen 21 % zu 79 % und von den Großstädterinnen nahmen 35 % die private und 65 % die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch.

Mit fast 50 % stellten also die Mittelstädterinnen den größten Anteil der Privatpatientinnen, gefolgt von den Frauen aus vorwiegend dörflichen Gemeinden mit 27 %. Jeweils 12 % der Frauen kamen aus Klein- bzw. Großstädten. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse überwogen dagegen die Frauen aus dem Dorf die Frauen aus Mittelstädten, die in dieser Pflegeklasse nur ein Drittel ausmachten. 14 % kamen hier aus Kleinstädten, der Rest von 4,5 % entfiel auf Großstädterinnen, die auf der privaten Pflegeklasse drei-

mal so häufig vertreten waren.

Das Verhältnis Privat- zu Allgemeinpatientinnen wird demnach mit steigender Einwohnerzahl für die Privatpatientinnen immer günstiger: während von 10 Patientinnen aus Gemeinden unter 10 000 Einwohnern nur eine einzige auf der Privatstation lag, waren es bei den Mittelstädterinnen schon zwei. Von den Großstädterinnen nahm jede dritte die private Pflegeklasse in Anspruch.

Diese Ergebnisse berechtigen zur Aufstellung des folgenden Satzes: je größer der Wohnort der in unserer Statistik erfaßten Frauen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sie auf der Privatstation liegen. Für die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse tritt genau das Gegenteil ein.

2 b) Berufstätigkeit

Tabelle 2 b: Beziehungen zwischen Berufstätigkeit und Pflegeklasse

	berufstätig		nicht berufstätig		Summe
	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen	520	(18,8)	283	(13,1)	803 (16,3)
%		(64,8)		(35,2)	
Allgemeinpatientinnen	2247	(81,2)	1879	(86,9)	4126 (83,7)
%		(54,5)		(45,5)	
Summe	2767		2162		4929
	(56,1)		(43,9)		

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 28,95 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Die Chi-Quadrat-Berechnung zeigt, daß es eine Beziehung zwischen Berufstätigkeit und Pflegeklasse gibt. Ho muß also abgelehnt werden.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 65 % der Patientinnen aus der privaten Pflegeklasse waren berufstätig, während 35 % nicht oder nicht mehr einem Beruf nachgingen. Von den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse standen 54,5 % aktiv im Berufsleben, bei 45,5 % war das zur Zeit der Befragung nicht der Fall.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung ergab folgendes Bild: Berufstätige Frauen lagen zu 19 % in der privaten und zu 81 % in der allgemeinen Pflegeklasse. Die Nicht-Berufstätigen waren in der Privatstation mit 13 % etwas weniger stark vertreten als die Berufstätigen und in der allgemeinen Station mit 87 % etwas mehr.

In beiden Pflegeklassen überwogen also die berufstätigen Frauen über die "Nur-Hausfrauen". Bemerkenswert ist jedoch, daß Privatpatientinnen häufiger einer Beschäftigung nachgingen. Fast zwei Drittel von ihnen standen im Beruf. In der allgemeinen Pflegeklasse waren es mit 54 % nur etwas mehr als die Hälfte.

2 c) Haushalthilfe

Die Vermutung liegt nahe, daß der Prozentsatz der Privatpatientinnen, die ihre Hausarbeit nicht alleine verrichten, bedeutend höher ist als derjenige bei den Allgemeinpatientinnen. Überraschenderweise zeigt die Tabelle jedoch ein völlig anderes Bild.

Tabelle 2 c: Beziehungen zwischen Hausarbeit und Pflege-
klasse

	Hausar- beit allein		Hausarbeit nicht allein		Summe
	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen	332	(32,5)	445	(12,2)	777 (16,7)
%		(42,7)		(57,3)	
Allgemeinpatientinnen	691	(67,5)	3191	(87,8)	3882 (83,3)
%		(17,3)		(82,2)	
Summe	1023		3636		4659
		(22,0)		(78,0)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}}=234,78 \quad \text{Chi-Quadrat}_{\text{Tab}}=3,84$$

1.) Reihenweise Prozentuierung: 43 % der Privatpatientinnen versorgten ihre Hausarbeit alleine, 57 % hatten eine Hilfe. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse machten jedoch nur 18 % alleine die Hausarbeit, während 82 % jemand zur Seite stand.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung bestätigt dieses Bild. Patientinnen, die keine Hilfe im Haushalt hatten, lagen zu 32.5 % privat und zu 67.5 % in der allgemeinen Klasse. Patientinnen mit einer Hilfe dagegen lagen anteilmäßig mit 12 % auf den privaten und mit 88 % auf den allgemeinen Pflegestationen.

Es zeigt sich mit großer Deutlichkeit, daß Privatpatientinnen weitaus häufiger ohne Hilfe auskommen mußten. Diese

Beziehung ist statistisch signifikant. Eine Erklärung für dieses nicht ganz erwartete Ergebnis bietet die Aufschlüsselung nach der Art bzw. der Person, die Hilfe leistet:

Tabelle 2 c₂: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Person, die bei Hausarbeit hilft.

	Familien- angehörig	Fremde	Summe
	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	53 (8,7)	279 (67,7)	332 (32,5)
%	(16,0)	(4,0)	
Allgemeinpatientinnen	555 (91,3)	133 (32,3)	688 (67,5)
%	(80,7)	(19,3)	
Summe	608	412	1020
	(59,6)	(40,4)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 389,40 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Die Nullhypothese sagt, daß es keinen Zusammenhang zwischen Pflegeklasse und der Person gibt, die bei der Hausarbeit half. Sie kann jedoch, wie die "Chi-Quadrat" - Berechnung zeigt, nicht beibehalten werden.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung: Bei den Privatpatientinnen war die Person, die half, nur zu 16 % Familienmitglied aber zu 84 % eine fremde Person, während bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse bei 81 %

die Hilfe von Familienangehörigen und nur bei 19 % durch Fremde kam.

2.) Durch die spaltenweise Prozentuierung wird der Unterschied noch deutlicher. Von den Frauen, denen eine Familienangehörige half, fielen 9 % unter die Rubrik "Privatpatientinnen" jedoch 91 % unter die Rubrik "Allgemeinpatientinnen". Frauen mit fremder Hilfe lagen dagegen zu 68 % in der privaten und nur zu 32 % in der allgemeinen Pflegeklasse.

Unsere beiden Gruppen unterscheiden sich also wesentlich voneinander, was Hausarbeit und Hausarbeitshilfe betrifft. Privatpatientinnen machten weit häufiger ihre Hausarbeit allein. Wenn sie aber eine Hilfe hatten, kam diese in der Regel von Fremden. Analog gilt natürlich genau das Gegenteil für unsere Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse.

Diese Tatsache wird durch die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Pflegeklasse und der Häufigkeit der Hausarbeit noch erhärtet.

Tabelle 2 c₃: Beziehungen zwischen Häufigkeit der Hilfe und Pflegeklasse

	ständig		tage- weise		stunden- weise		Summe
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen %	101 (31,1)	(17,0)	70 (21,5)	(56,0)	154 (47,4)	(52,4)	325 (32,1)
Allgemeinpatientinnen %	492 (71,6)	(83,0)	55 (8,0)	(44,0)	140 (20,4)	(47,6)	687 (67,9)
Summe	593 (58,6)		125 (12,4)		294 (29,1)		1012

Chi-quadrat_{err} = 149Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung: 31 % der Privatpatientinnen hatten ständig eine Hausarbeits-hilfe, 21.5 % stand diese einige Tage und der Mehrheit (47.5 %) nur ein bis zwei Stunden pro Woche zur Verfügung. Dagegen hatten die Patientinnen der allgemeinen Pflege-klasse zu 72 % ständig Unterstützung bei der Hausarbeit, 8 % hatten diese tageweise und 20 % ein bis zwei Stunden pro Woche.

2.) Beschreibung der spaltenweisen Prozentuierung: Patientinnen mit ständiger Hausarbeitshilfe lagen zu 17 % privat, 83 % waren auf der allgemeinen Pflegeklasse. Bei den Frauen mit tageweiser Hilfe war das Verhältnis 56 % zu 44 %. Frauen mit einer Hilfe von nur ein bis zwei Stunden in der Woche lagen dagegen mit 52 % zu 48 % nahezu zu gleichen Teilen in beiden Pflegeklassen.

Diese Ergebnisse runden das Bild, welches wir hinsichtlich der Hausarbeitshilfe von unseren beiden Patientinnengruppen gewonnen haben, ab. Zwar hatten die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse öfter Unterstützung bei der Hausarbeit, doch kam diese Hilfe zumeist von Familienangehörigen und stand daher ständig zur Verfügung. Patientinnen der privaten Pflegeklasse dagegen mußten die Hausarbeit öfters alleine verrichten. Ihre Hilfe kam zumeist nicht aus dem Familien-kreis und stand nur einige Tage oder Stunden in der Woche zur Verfügung.

2 d) Soziale Kontakte

Die folgende Tabelle befaßt sich mit der Häufigkeit sozialer Kontakte; darunter ist die Zahl der Personen zu verstehen, mit denen unsere Probandinnen öfters gesellig zusammenkamen. Um eine größere Aussagekraft zu erhalten, bildeten wir nur zwei Gruppen, die sich durch die Zahl der sozialen Kontakte

unterscheiden: eine Gruppe, die geringe Kontakte hielt - darunter verstanden wir weniger als fünf Personen - und eine zweite, die normale oder zahlreiche Kontakte hielt, in welche wir alle Probandinnen zusammenfaßten, die mit mehr als fünf Personen zusammen kamen. Insgesamt waren dabei 36 % der ersten Gruppe und 64 % der zweiten Gruppe zuzuordnen.

Aufgeschlüsselt auf die beiden Pflegeklassen ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 2 d: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Zahl der sozialen Kontakte

	1 - 4 Personen		5 und mehr		Summe
	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen	172	(11,6)	572	(21,6)	744 (18,0)
%		(23,1)		(76,9)	
Allgemeinpatientinnen	1306	(88,4)	2073	(78,9)	3379 (82,0)
%		(33,7)		(61,3)	
Summe	1478		2645		4123
	(35,8)		(64,2)		

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 63,96 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Die Nullhypothese besagt hier, daß kein Zusammenhang zwischen der Pflegeklasse und der Häufigkeit sozialer Kontakte besteht. Da aber $\text{Chi-quadrat}_{\text{err}}$ höher liegt als $\text{Chi-Quadrat}_{\text{Tab}}$ kann sie nicht aufrecht erhalten werden.

1.) Reihenweise Prozentuierung. Von den Privatpatientinnen hatten 23 % geringe soziale Kontakte, 77 % gaben an, mit mehr als fünf Personen öfters zusammenzutreffen. Bei den Patientinnen der dritten Pflegeklasse fielen 39 % in die Gruppe 1 und 61 % in die zweite Gruppe.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Von den Patientinnen, die nur geringe soziale Kontakte aufwiesen, lagen 12 % in der privaten und 88 % in der allgemeinen Pflegeklasse. Die Gruppe, die durchschnittlich mit mehr als fünf Personen zusammentraf, machte 22 % der Privat- und 88 % der Allgemeinpatientinnen aus. Privatpatientinnen hatten also eine größere Zahl sozialer Kontakte als Allgemeinpatientinnen.

Diese Feststellungen decken sich mit den oben erwähnten Ausgegewohnheiten, bei denen wir feststellten, daß der Anteil, der nie oder selten ausgeht, bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse doppelt so hoch war wie bei den Patientinnen, die in der privaten Station lagen.

2 e) Urlaubsgewohnheiten

Tabelle 2 e: Beziehungen zwischen Urlaubsgewohnheiten und Pflegeklasse

	nie-un- regelmäßig	regel- mäßig	
	abs. %	abs. %	Summe
Privatpatientinnen	323 (11,0)	481 (24,8)	804 (16,5)
%	(40,2)	(59,8)	
Allgemeinpatientinnen	2608 (89,0)	1460 (75,2)	4068 (83,5)
%	(64,1)	(35,9)	
Summe	2931 (60,2)	1941 (39,8)	4872

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 160,47 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Wie die Signifikanzberechnung zeigt, sind die Ergebnisse statistisch gesichert.

Gegenstand dieser Untersuchung waren die Urlaubsgewohnheiten unserer Patientinnen. Wir legten folgende Frage vor: "Und nun möchten wir gerne etwas über Ihre Urlaubsgewohnheiten wissen? Haben Sie eigentlich in den letzten fünf Jahren regelmäßig Urlaub gemacht, jedes Jahr, unregelmäßig, selten oder nie?" In der obenstehenden Tabelle wurden die Antworten in zwei Gruppen zusammengefaßt:

1. Gruppe = Patientinnen, die nie, selten oder unregelmäßig Urlaub machten
2. Gruppe = Patientinnen, die regelmäßig in Urlaub fuhren.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 40 % der Privatpatientinnen machten nie oder nur sehr unregelmäßig Urlaub, 60 % dieser Probandinnen gaben an, regelmäßig Urlaub gemacht zu haben. Von den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse gingen 64 % nach eigenen Angaben nie oder nur selten in Ferien, 36 % zählten zur zweiten Gruppe, in der wir alle Personen, die regelmäßig in Urlaub fuhren, zusammenfaßten.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung zeigt, daß Frauen, die nie oder nur gelegentlich in Urlaub fuhren, zu 11 % die private und zu 89 % die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch nahmen. Von den Frauen mit regelmäßigem Urlaub hatten 25 % die private und 75 % die allgemeine Pflegeklasse gewählt.

Aus diesen Ermittlungen wird deutlich, daß Allgemeinpatientinnen seltener regelmäßig Ferien hatten als Privatpatientinnen, von denen immerhin drei Fünftel in den letzten Jahren immer in Urlaub fuhren. Bei den Allgemeinpatientinnen waren dazu nur etwa ein Drittel der Frauen in der Lage.

2 f) Zusammenfassung

Im 2. Kapitel untersuchten wir die Zusammenhänge zwischen der Pflegeklasse und den Beziehungen zur Umwelt. Wir machten die überraschende Feststellung, daß Privatpatientinnen häufiger berufstätig waren als Kranke der allgemeinen Pflegeklasse. Letztere verfügten demgegenüber weitaus öfter über eine Hilfe bei der Hausarbeit, die jedoch bei 80 von Hundert Familienmitgliederwaren und folglich regelmäßig zur Verfügung stand. Privatpatientinnen hatten meistens nur einige Stunden in der Woche von "Nichtfamilienmitgliedern" Unterstützung bei der Hausarbeit. Die Korrelation von Pflegeklasse und der Zahl der Personen, mit denen unsere Probandinnen öfters zusammen kamen, erbrachte, daß Privatpatientinnen häufiger soziale Kontakte hatten als Frauen aus der allgemeinen Pflegeklasse. Dies erscheint umso verwunderlicher als gerade die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse aus vorwiegend dörflichen Gemeinden oder aus Kleinstädten kamen, Regionen also, in denen der Einzelne noch fest mit der Gemeinschaft verwurzelt ist, und deshalb eine Isolation wie in den Groß- und Mittelstädten nicht so leicht möglich ist. Aus diesen aber kamen überwiegend die Privatpatientinnen. Unsere Erwartungen hinsichtlich der Urlaubsgewohnheiten fanden wir dagegen bestätigt. Privatpatientinnen fuhren weitaus häufiger regelmäßig in Urlaub als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse, von denen nahezu zwei Drittel nie oder nur selten Gelegenheit hatten, Ferienreisen zu machen.

3. Kapitel: Soziale Einstufung

Das 3. Kapitel befaßt sich mit der sozialen Einstufung unserer Patientinnen. Im einzelnen wurde die Pflegeklasse mit folgenden Variablen korreliert:

- a) Schulbildung der Patientin
- b) Beruf des Ehemannes
- c) Einkommen des Ehemannes
- d) Schulbildung des Ehemannes
- e) Schulbildung des Vaters
- f) Sozialschicht

3 a) Schulbildung der Patientin

Nach der jeweiligen Schulbildung wurden unsere Patientinnen in 3 Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1: Volks- und Berufsschülerinnen
- Gruppe 2: Handelsschülerinnen, Mittelschülerinnen und Absolventinnen einer höheren Schule bis zur mittleren Reife
- Gruppe 3: Frauen mit einer Schulbildung über die mittlere Reife hinaus, also Abitur, höhere Fachschule, Universität

Tabelle 3 a: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Schulbildung der Patientin

	Gruppe 1 abs. %	Gruppe 2 abs. %	Gruppe 3 abs. %	Summe
Privatpatientinnen %	240 (6,6) (29,8)	317 (36,3) (39,4)	248 (56,5) (30,8)	805 (16,3)
Allgemeinpatientinnen %	3376 (93,4) (81,9)	556 (63,7) (13,5)	191 (43,5) (4,6)	4123 (83,7)
Summe	3616 (73,4)	873 (17,7)	439 (8,9)	4928

Chi-quadrat_{err} = 1021 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Die Nullhypothese besagt, daß zwischen Schulbildung und Pflegeklasse unserer Patientinnen kein Zusammenhang besteht. Die "Chi-Quadrat" - Berechnung führt jedoch zur Ablehnung von Ho. Tatsächlich weisen die Patientinnen beider Pflegeklassen eine höchst unterschiedliche Schulbildung auf.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung: 30 % der Privatpatientinnen hatten nur die Volks- bzw. Berufsschule besucht. Weitere 39 % zählten zur zweiten Gruppe (Schulbesuch bis zur mittleren Reife) und 31 % besaßen eine Schulbildung über die mittlere Reife hinaus. Ein völlig anderes Bild zeigte sich bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse: 82 % dieser Frauen zählten zur ersten Gruppe, 13,5 % zur zweiten und nur knapp 5 % waren mit einer Schulbildung, die über die mittlere Reife hinausging, der dritten Gruppe zuzurechnen. Während also bei den Patientinnen der Privatkasse die Gruppe der Frauen, die eine schulische Ausbildung bis zur mittleren Reife hatten, mit knapp 40 % am höchsten war, und jeweils gleichviel Volksschülerinnen und Angehörige der obersten Bildungsschicht (je etwa 30 %) in der privaten Pflegeklasse lagen, stellte bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse die Gruppe der Volksschülerinnen bei weitem den größten Anteil (82 %). Nur jede zwanzigste Patientin hatte eine Schulbildung, die über die mittlere Reife hinausging. Diese Gruppe war bei den Privatpatienten sechsmal so stark.

2.) Bei der spaltenweisen Prozentuierung, der Verteilung des jeweiligen Schulabschlusses auf die Pflegeklassen, war der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Pflegeklassen noch deutlicher. Frauen, die nur die Volksschule besucht hatten, lagen nur zu 7 % in der Privatkasse jedoch zu 93 % in der allgemeinen Pflegeklasse. Auch bei den Frauen der zweiten Gruppe übertraf die Zahl der Patientinnen in der allgemeinen Pflegeklasse mit 64 % deutlich

die der Privatpatientinnen. Die dritte Gruppe hingegen war in der Privatstation stärker vertreten (56,5 % zu 43,5 %).

Folgende Tendenz wird also sichtbar: Frauen der unteren Bildungsschicht waren fast ausschließlich Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Mit zunehmender Schulbildung stieg auch der Anteil der Privatpatientinnen. Ob ähnliche Tendenzen auch bei der Schulbildung des Vaters bzw. des Ehemannes zutreffen, wird nachstehend noch zu klären sein.

3 b) Beruf des Ehemannes

Es ist anzunehmen, daß der Beruf des Mannes Einfluß auf die gewählte Pflegeklasse hat. Welcher Art diese Zusammenhänge dabei sind, versuchen wir nachstehend zu klären. Dazu teilen wir in fünf Berufssparten ein:

- Gruppe 1: Kein Beruf, keine Angabe
- Gruppe 2: Ungelernte und angelernte Arbeiter
- Gruppe 3: Facharbeiter, qualifizierte Facharbeiter,
- Gruppe 4: ausführende Angestellte, untere Beamte
qualifizierte Angestellte, mittlere
Beamte, kleinere und mittlere Selbstständige, Landwirte
- Gruppe 5: Leitende Angestellte, leitende Beamte,
führende Selbstständige, Angehörige freier
bzw. intellektueller Berufe wie Arzt,
Rechtsanwalt, freischaffende Künstler usw.

(Wegen der geringen Anzahl (unter 1 %) und der damit verbundenen fehlenden Aussagekraft wurde auf die weitere Betrachtung der Gruppe 1 verzichtet.)

Tabelle 3 b: Beziehungen zwischen dem Beruf des Ehemannes und der Pflegeklasse der Frau

	Gruppe 1		Gruppe 2		Gruppe 3		Gruppe 4		Gruppe 5		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	Summe
Privatpatientinnen	5	(12,8)	3	(0,7)	234	(9,0)	229	(26,0)	250	(68,7)	721 (16,6)
%	(0,7)		(0,4)		(32,5)		(31,8)		(34,7)		
Allgemeinpatientinnen	34	(87,2)	452	(99,3)	2364	(91,0)	652	(74,0)	114	(31,3)	3616 (83,4)
%	(0,9)		(12,5)		(65,4)		(18,0)		(3,2)		
Summe	39		455		2598		881		364		4337
	(0,9)		(10,4)		(59,9)		(20,3)		(8,4)		

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 960,29 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 9,43$$

Die "Chi-Quadrat" - Berechnung zeigt, daß Zusammenhänge zwischen dem Beruf des Mannes und der Pflegeklasse bestehen, was unsere obengenannte Vermutung bestätigt. Ho muß also abgelehnt werden.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung: Abgesehen von den ungelernten bzw. angelernten Arbeitern, die nur in 0.4 % aller Fälle Ehemänner von Privatpatientinnen waren, verteilten sich deren Ehemänner mit 32.5 %, 32 % und 35 % annähernd gleichmäßig auf die Gruppen 3, 4 und 5. Andere Verhältnisse fanden sich erwartungsgemäß bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse: hier war die Gruppe 3 der Facharbeiter u. a. mit 65 % anteilmäßig am stärksten vertreten, 12.5 % der Ehemänner zählten zur Gruppe 2, zur Gruppe 4 zählten 18 % und nur 3 v. H. hatten einen Ehemann, der zur qualitativ höchsten Berufsgruppe (5) gehörte.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung, also die Verteilung auf die Pflegeklassen in Abhängigkeit vom Beruf des Ehemannes, erlaubte folgende Aussage: Frauen un- bzw. angelernter Arbeiter waren fast immer Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse (99 % !). Auch Frauen, deren Männer wir der Gruppe 3 zurechneten, fanden sich mit 91 % nahezu ausschließlich in dieser Pflegeklasse. Der Anteil der Privatpatientinnen in dieser Gruppe betrug lediglich 9 %. Ehefrauen der Gruppe 4 lagen ebenfalls noch zu knapp drei Viertel auf den Allgemeinstationen des Hauses und nur mit 26 % auf den Privatstationen. Entscheidend anders verhielt es sich mit den Ehefrauen der Gruppe 5, also den Frauen leitender Angestellter, höherer Beamter, Freiberufler usw., die zu über zwei Drittel Privatpatientinnen waren, während ihr Anteil auf der Allgemeinstation nur 31 % betrug.

Zusammenfassend kann man also feststellen: die Pflegeklasse der Frau bei der stationären Aufnahme ist ganz

wesentlich vom Beruf des Mannes abhängig. Je qualifizierter der erlernte Beruf war, desto höher lag die Zahl der Frauen, die die Privatkasse in Anspruch nahmen. Auf der Privatstation lagen in erster Linie Ehefrauen leitender Angestellter, Beamter bzw. Freiberufler und nur zu einem kleinen Teil Frauen, deren Männer mittelständische Berufe ausübten. Arbeiterfrauen fanden wir bei den Privatpatientinnen, die wir interviewten, fast überhaupt nicht.

Ähnlich klare Aussagen bezüglich der Zusammensetzung der allgemeinen Pflegeklasse sind nur bedingt möglich, da in dieser Pflegeklasse alle vier von uns betrachteten Berufsgruppen vertreten waren. Zwar herrschten hier Frauen von Arbeitern und einfachen Angestellten vor, jedoch waren auch Ehefrauen der Gruppe 5 in dieser Pflegeklasse mit 31 % relativ stark vertreten.

3 c) Einkommen des Ehemannes

Es liegt nahe, die im vorigen Abschnitt beschriebene Beziehung zwischen dem Beruf des Mannes und der Pflegeklasse auf die Tatsache zurückzuführen, daß ein - dem Sozialprestige nach - "höherer" Beruf in der Regel auch mit einem höheren Einkommen verbunden ist. Daher schien es uns von Interesse zu prüfen, ob ähnliche Zusammenhänge wie bei der Berufssparte auch für das Einkommen des Ehemannes gelten.

Wir baten deshalb unsere Patientinnen folgende Fragen zu beantworten: "Würden Sie mir bitte anhand dieser Liste mit Einkommensgruppen sagen, welcher Einkommensgruppe Ihr Mann angehört." Bei der Gruppeneinstufung baten wir um Angabe des Nettoverdienstes, also nach Abzug der gesetzlichen Abgaben. Ledige Frauen mit eigenem Hausstand wurden nach der eigenen Einkommensgruppe gefragt, solche ohne eigenen Haushalt nach dem Verdienst des Vaters. Natürlich waren wir uns der Problematik dieser Fragestellung hinsichtlich der wahrheitsgemäßen Beantwortung bewußt, glaubten jedoch,

sie stellen zu können, zumal lediglich die Codezahl, die vor der jeweiligen Einkommensgruppe stand, zu nennen war. Tatsächlich gaben auch über 80 % unserer Probandinnen auf diese Frage bereitwillig Antworten. Wir teilten in drei Kategorien ein und zwar:

Kategorie 1: Nettoverdienst bis 1 050 DM

Kategorie 2: Nettoverdienst von 1 051 DM bis
1 500 DM

Kategorie 3: Nettoverdienst über 1 500 DM

Tabelle 3 c: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Einkommen des Mannes

	bis 1050 DM abs. %	1050 DM - 1500 DM abs. %	über 1500 DM abs. %	Summe
Privatpatientinnen %	199 (6,5) (29,5)	197 (34,3) (29,2)	287 (66,2) (41,2)	674 (16,7)
Allgemeinpatientinnen %	2843 (93,5) (84,6)	377 (65,7) (11,2)	142 (33,8) (4,2)	3362 (83,3)
Summe	3042 (75,4)	574 (14,2)	420 (10,4)	4036

Chi-quadrat_{err} = 1093,27 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Die Signifikanzberechnung bestätigt also den Zusammenhang zwischen Einkommen und Pflegeklasse.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung (Verteilung der Patientinnen beider Pflegeklassen auf die Einkommensgruppen): Bei 29.5 % der Privatpatientinnen lag das Nettoeinkommen des Mannes unter DM 1 050,--, 11 % verdienten zwischen 1 050,-- und 1 500,-- DM und lediglich 4 % der Ehemänner dieser Patientinnengruppe verdiente netto DM 1 500 und mehr.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung zeigt folgende Zusammenhänge: In der Einkommensgruppe der ersten Kategorie waren 6.5 % privat und 93.5 % in der allgemeinen Pflegeklasse untergebracht. Frauen, deren Ehemänner zwischen 1 051,-- und 1 500,-- verdienten, lagen zu 34 % auf den Privatstationen und zu 66 % auf den Allgemeinstationen des Hauses. Genau umgekehrt verteilten sich die Ehefrauen deren Männer mehr als DM 1 500,-- verdienten auf die beiden Pflegeklassen, 66 % waren auf den Privatstationen und 34 % lagen in der dritten Klasse.

Wir können also folgende These aufstellen, daß mit wachsendem Einkommen eher die Privatstation in Anspruch genommen wird und der Anteil der Patientinnen in der allgemeinen Pflegeklasse abnimmt. Dennoch überrascht die Verteilung der Privatpatientinnen auf die drei von uns gewählten Einkommensgruppen. Immerhin lag bei knapp einem Drittel der Privatpatientinnen das Einkommen des Ehemannes unter DM 1 050,--, eine überraschende Feststellung, die mit dem Bild, das man sich gemeinhin von Privatpatientinnen macht, nicht ganz übereinstimmen will. Auch die 41 %, die das Einkommen mit mehr als DM 1 500,-- bezifferten, entsprachen nicht ganz den Vorstellungen. Demgegenüber zeigte die Aufteilung der Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse

auf die Einkommenskategorien eine Übereinstimmung mit der Erwartung.

3 d) Schulbildung des Ehemannes

Neben der Schulbildung der Patientin schien uns auch die des Ehemanns von Interesse zu sein. Wir korrelierten sie daher ebenfalls mit der Pflegeklasse. Dabei bedienten wir uns der gleichen Gruppeneinteilung wie bei der Schulbildung der Patientin selbst.

Tabelle 3 d: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Schulbildung des Ehemanns

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	149 (5,1)	128 (24,5)	437 (51,4)	714 (16,6)
%	(20,9)	(17,9)	(61,2)	
Allgemeinpatientinnen	2785 (94,9)	395 (75,5)	414 (48,6)	3594 (83,4)
%	(77,5)	(11,0)	(11,5)	
Summe	2934 (68,1)	523 (12,1)	851 (19,8)	4308

Chi-quadrat_{err} = 1048,41 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Die Nullhypothese, die besagt, daß es keine Beziehung zwischen Pflegeklasse und Bezugsgröße geben wird, kann - wie die Signifikanzberechnung zeigt - nicht aufrecht erhalten werden.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 21 % der Ehemänner unserer Privatpatientinnen waren der Gruppe 1 zuzurechnen, 18 % der Gruppe 2. 51 % zählten zur 3. Gruppe. Bei den Patientinnen in der allgemeinen Pflegeklasse hatten 77,5 % der Männer nur die Volksschule besucht, 11 % waren bis zur mittleren Reife zur Schule gegangen und ebenfalls 11,5 % hatten eine schulische Ausbildung über die mittlere Reife hinaus.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Ehefrauen, deren Männer lediglich Volksschulbildung hatten, fanden wir nur zu 5 % in der privaten, zu 95 % jedoch in der allgemeinen Pflegeklasse. Auch in der zweiten Gruppe, die eine Ausbildung bis zur mittleren Reife einschloß, überwog noch die allgemeine Pflegeklasse, dort lagen 75 % der Ehefrauen, auf der Privatstation dagegen nur 25 %. Ehemänner, die wir der Gruppe 3 zurechneten, ließen ihre Frauen etwa gleich häufig in die Privatstation (51 %) und in die Allgemeinstation (49 %) aufnehmen.

Es zeigte sich also, daß auch die Schulbildung des Ehemanns auf die Pflegeklasse der Frau Einfluß nahm, und zwar erhöhte sich - wie schon bei der Schulbildung der Patientin selbst - mit steigendem Bildungsgrad des Ehemanns auch die Zahl der Privatpatientinnen bzw. die Zahl der Allgemeinpatientinnen ging zurück.

3 e) Schulbildung des Vaters

Tabelle 3 e: Beziehungen zwischen der Schulbildung des Vaters und der Pflege-
klasse der Tochter

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Summe
	abs.	abs.	abs.	
	%	%	%	
Privatpatientinnen	374 (10,1)	107 (38,2)	247 (49,5)	728 (16,2)
%	(51,4)	(14,7)	(33,9)	
Allgemeinpatientinnen	3346 (89,9)	173 (61,8)	252 (50,5)	3771 (83,8)
%	(88,7)	(4,6)	(6,7)	
Summe	3720 (82,7)	280 (6,2)	499 (11,1)	4499

Chi-quadrat_{err} = 611,61 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Die Werte der Signifikanzberechnung zeigen, daß H_0 abgelehnt werden muß.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 51 % der Väter von Privatpatientinnen hatten Volksschulbildung, 15 % wiesen eine Schulbildung bis zur mittleren Reife auf und 34 % hatten mehr als die mittlere Reife. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse war die Gruppe der Väter, die Volksschulbildung besaßen, mit 89 % ebenfalls am größten. Einen Bildungsgrad bis zur mittleren Reife hatten 5 % erreicht. Weitere 7 % der Väter besuchten länger als bis zur mittleren Reife die höhere Schule.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Töchter, deren Väter nur die Volksschule besucht hatten, waren zu 10 % Privatpatientinnen, zu 90 % Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Bei den zur Gruppe 2 gehörenden Vätern waren 38 % der Töchter Privatpatientinnen, 62 % Allgemeinpatientinnen und die Töchter der Väter, die wir der Gruppe 3 zuordneten, lagen fast zu gleichen Teilen auf Privat- (49.5 %) und auf Allgem einstationen (50.5 %).

Ähnlich wie schon die eigene Schulbildung und die des Ehemanns beeinflusste auch der Bildungsgrad des Vaters die Wahl der Pflegeklasse. Je umfassender die schulische Ausbildung des Vaters, desto größer die Wahrscheinlichkeit, daß die Tochter in Privatabteilungen lag.

3 f) Sozialschicht

Wir sahen schon aus den vorausgegangenen Tabellen, daß der Beruf des Ehemanns sowie dessen Schulbildung und Einkommen einen wesentlichen Einfluß auf die Wahl der Pflegeklasse ausübten. Nach einem vom Kölner "Institut für Vergleichende Sozialforschung" entwickelten Verfahren ist es nun möglich, diese drei Kriterien einer bestimmten Bewertung zu unterziehen und zur Bestimmung der Sozialschicht zu verwenden. Es war dadurch möglich Berufe mit annähernd gleichem Sozialprestige zusammenzufassen.

Bei verheirateten und verheiratet gewesenen Frauen berechnete sich die Sozialschicht aus Beruf, Einkommen und Schulbildung des Ehemanns, bei unverheirateten aus den gleichen Daten des Vaters. Fehlte die Angabe zu irgendeinem der drei Kriterien, so entfiel die Schichteinstufung. Wir konnten 955 Patientinnen deshalb hierbei nicht erfassen.

Nach einem bestimmten Punktsystem wurden dann sechs Sozialschichten definiert. Diese sechs Schichten wurden in der nachstehenden Tabelle zu drei Schichten zusammengefaßt, um eine zahlenmäßig ausreichende Vertretung zu gewährleisten:¹

1. Unterschicht (aus der unteren und oberen Unterschicht)
2. Mittelschicht (aus der unteren und mittleren Mittelschicht)
3. Oberschicht (aus der oberen Mittelschicht und Oberschicht)

Nach dieser Einteilung zählten jeweils rund zwei Fünftel unserer Klientel zur Unter- bzw. Mittelschicht und ein Fünftel zur Oberschicht.

Die Korrelation mit der Pflegeklasse erbrachte folgende Ergebnisse:

¹ = Einzelheiten siehe Anhang

Tabelle 3 f: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Sozialschicht

	Unter- schicht	Mittel- schicht	Ober- schicht	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen %	20 (1,3) (3,0)	179 (11,5) (26,7)	471 (56,7) (70,3)	670 (16,8)
Allgemeinpatientinnen %	1566 (98,7) (47,3)	1384 (88,5) (41,8)	359 (43,3) (10,9)	3309 (83,2)
Summe	1586 (39,9)	1563 (39,3)	830 (20,9)	3979

Chi-quadrat_{err} = 1251,25 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Die Signifikanzberechnung zeigt, daß H_0 (kein Zusammenhang zwischen Sozialschicht und Pflegeklasse) abgelehnt werden muß. Wie nicht anders zu erwarten war, beeinflußt die Sozialschicht die Pflegeklasse.

1.) Beschreibung der reihenweisen Prozentuierung (Verteilung der Patientinnen beider Pflegeklassen auf die Sozialschichten). Mit 70 % gehörte die bei weitem größte Gruppe der Privatpatientinnen der Oberschicht an, 27 % zählten zur Mittelschicht und lediglich 3% aller Privatpatientinnen kamen aus der Unterschicht. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse war demgegenüber die Unterschicht mit 47 % am stärksten vertreten, dicht gefolgt von der Mittelschicht, der 42 % in der allgemeinen Pflegeklasse angehörten. Lediglich 11 % zählten hier zur Oberschicht.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Patientinnen der Unterschicht fanden sich nahezu zu 100 % auf den Stationen der allgemeinen Pflegeklasse. Auch von der Mittelschicht war nur etwa jede zehnte Frau eine Privatpatientin. 38.5 % aus dieser Sozialschicht wurden in der allgemeinen Pflegeklasse behandelt. Während sich also die Patientinnen aus der Mittel- und Unterschicht sehr ähnlich verhielten und eindeutig die allgemeine Pflegeklasse bevorzugten, wählten die Frauen, die der Oberschicht zuzurechnen sind, mit 57 % überwiegend die private Pflegeklasse.

Aus dem Gesagten geht deutlich hervor, daß die Pflegeklasse wesentlich von der Sozialschicht beeinflusst wird: Je höher die Sozialschicht war, desto höher war auch der Anteil der Privatpatientinnen. Weiterhin sahen wir, daß Frauen aus der Unterschicht fast nie die private Pflegeklasse wählten. Eine so klare Bevorzugung einer bestimmten Pflegeklasse konnten wir bei den aus der Oberschicht kommenden Frauen nicht feststellen. Zwar überwogen in dieser So-

zialschicht die Privatpatientinnen; dennoch erstaunt es, daß auch aus dieser Gesellschaftsschicht immerhin noch 43 v. Hundert die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch nahmen.

3 g) Zusammenfassung

Das 3. Kapitel befaßte sich mit den Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Bildungs- und Sozialschicht sowie dem Einkommen der Ehemänner unserer Probandinnen. Wir konnten nachweisen, daß mit steigendem Bildungsniveau der Anteil der Privatpatientinnen zunahm. In ähnlicher Weise beeinflussten die Bildungsschicht des Vaters und des Ehemanns die Wahl der Pflegeklasse. Ebenso nahm mit der Höhe des Einkommens und mit steigender Qualifikation des Berufes beim Ehemann die Zahl der Privatpatientinnen zu; die der Allgemeinpatientinnen nahm entsprechend ab. Wir machten allerdings die überraschende Feststellung, daß fast 30 % der Privatpatientinnen angaben, der Ehemann verfüge lediglich über ein Nettoeinkommen unter DM 1 050,--. Die Korrelation der Sozialschicht mit der Pflegeklasse zeigte schließlich, daß die Unterschicht nahezu zu 100% die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch nahm, in der auch die Mittelschicht noch zu 90 % vertreten war. Frauen der Oberschicht fanden wir dagegen in beiden Pflegeklassen, der Anteil in der privaten Klasse war etwas größer als der in der allgemeinen Pflegeklasse.

4. Kapitel: Bild vom Gynäkologen und Einstellung zur Gesundheit

In diesem Abschnitt untersuchen wir zunächst die Einstellung der Befragten zu Problemen der Gesundheit. Im einzelnen korrelieren wir die Pflegeklasse mit:

- a) Besitz eines Gesundheitslexikons
- b) Ansichten zur Unterleibshygiene
- c) Häufigkeit des Frauenarztbesuches (Vorsorgeuntersuchung)
- d) Gründe für zu seltenen Frauenarztbesuch
- e) Wunschbild vom Frauenarzt
 - e 1) Frauenärztin - Frauenarzt
 - e 2) Alter des Frauenarztes
 - e 3) Familienstand des Frauenarztes

4 a) Besitz eines Gesundheitslexikons

Tabelle 4 a: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und dem Besitz eines Gesundheitslexikons

	kein Lexikon vorhan- den	ein Lexikon vorhan- den	Summe
	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	337 (12,8)	468 (20,5)	805 (16,4)
%	(44,9)	(58,1)	
Allgemeinpatientinnen	2288 (87,2)	1816 (79,5)	4104 (83,6)
%	(55,8)	(44,2)	
Summe	2625 (53,5)	2284 (46,5)	4909

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 52,17 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Die Beziehungen sind also statistisch gesichert.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 58 % unserer Privatpatientinnen besaßen ein Gesundheitslexikon, Doktorbuch o. ä. Bei 42 % war dies nicht der Fall. Von den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse bejahten 44 % die Frage nach dem Besitz eines solchen Buches und 56 % verneinten sie.

2.) Die spaltenweise Prozentuierung zeigt, daß die Besitzer eines Doktorbuches zu 20,5 % auf der privaten bzw. zu 79,5 % in der allgemeinen Pflegeklasse lagen. Von den Frauen, die kein solches Buch ihr eigen nannten, waren 13 % Privat- und 87 % Allgemeinpatientinnen.

Privatpatientinnen waren also häufiger im Besitz eines medizinischen Buches als Frauen der allgemeinen Pflegeklasse. Ob das lediglich auf den bereits früher festgestellten höheren Bildungsgrad zurückzuführen oder ob daraus allgemein ein stärkeres Interesse der Privatpatientinnen an ihrer Gesundheit festzustellen ist, wird im folgenden zu klären sein.

4 b) Ansichten über Unterleibshygiene

In diesem Zusammenhang schien uns die Frage von Interesse, ob es unterschiedliche Meinungen in beiden Pflegeklassen hinsichtlich der Unterleibshygiene gibt.

Dazu stellten wir den Probandinnen folgende Frage: "Was würden Sie sagen, wie oft sich im allgemeinen Frauen am Unterleib waschen?"

Folgende, bereits formulierte Antworten, wurden auf einer Liste beigegeben:

1. täglich mehr als einmal

2. täglich einmal
3. einmal in der Woche
4. seltener als einmal pro Woche
5. weiß nicht

Die Antworten 1 und 2 sowie 3 und 4 wurden in der nachfolgenden Tabelle jeweils unter einer Rubrik zusammengefaßt.

Tabelle 4 b: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Ansichten über Unterleibshygiene

	täglich	seltener	
	abs. %	abs. %	Summe
Privatpatientinnen	487 (14,6)	111 (15,8)	598 (14,8)
%	(81,4)	(18,6)	
Allgemeinpatientinnen	2856 (85,4)	598 (84,3)	3454 (85,2)
%	(82,7)	(17,3)	
Summe	3343	709	4052
	(82,5)	(17,5)	

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 0,55 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Durch die Signifikanzberechnung konnte ein Zusammenhang zwischen der Pflegeklasse und den angenommenen Waschgewohnheiten nicht gefunden werden. H_0 muß beibehalten werden.

In beiden Pflegeklassen glaubten also jeweils gleich große

Gruppen (81 %), daß sich Frauen mindestens einmal am Tage am Unterleib waschen. Nur knapp ein Fünftel war anderer Ansicht.

4 c) Häufigkeit des Frauenarztbesuchs

Tabelle 4 c: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und der Häufigkeit der Frauenarztbesuche

	nie		1-2 mal		öfters		regel- mäßig		Summe
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Privatpatientinnen	432	(13,2)	107	(17,6)	95	(20,1)	169	(30,3)	803 (16,3)
%	(53,8)		(13,3)		(11,3)		(21,0)		
Allgemeinpatientinnen	2850	(86,8)	500	(82,4)	378	(79,9)	389	(69,7)	4117 (83,7)
%	(69,2)		(12,1)		(9,2)		(9,4)		
Summe	3282		607		473		558		4920
	(66,7)		(12,3)		(9,6)		(11,3)		

Chi-quadrat_{err} = 109,32 Chi-quadrat_{Tab} = 7,81

Die Unterschiede zwischen den Tabellenwerten sind, wie die Chi-quadrat Berechnung zeigt, signifikant.

Der Tabelle lag folgende Frage zugrunde: "Sind Sie schon einmal von sich aus zum Frauenarzt gegangen, ohne daß Sie besondere Beschwerden hatten, oder tun Sie das öfters oder regelmäßig?"

Von den 4 920 Frauen, die uns diese Frage beantworteten, gingen genau zwei Drittel nie zum Frauenarzt, ohne Beschwerden zu verspüren. 12 % gaben an, schon ein- oder zweimal von sich aus einen Gynäkologen konsultiert zu haben und nur etwas mehr als ein Fünftel (21 %) gingen öfters oder regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen. Aufgeschlüsselt auf die Pflegeklassen zeigte sich folgendes Bild:

1.) Reihenweise Prozentuierung: 54 % der Privatpatientinnen gingen nie ohne irgendwelche Krankheitssymptome zu verspüren zum Frauenarzt. 13 % suchten schon ein- oder zweimal, 12 % des öfteren beschwerdefrei einen Frauenarzt auf. Nur 21 % der Frauen dieser Pflegeklasse gaben an, daß sie regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen vornehmen lassen würden. Bei den Frauen der allgemeinen Pflegeklasse betrug der Anteil derjenigen, die noch nie von sich aus zum Frauenarzt gegangen waren, 69 %. Ein- oder zweimal aufgesucht hatten ihn 12 %. Jeweils 9 % der Allgemeinpatientinnen gaben an, öfter oder regelmäßig zum Frauenarzt zu gehen.

In beiden Pflegeklassen sagte also die überwiegende Mehrheit der Frauen aus, noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung gewesen zu sein, wobei die Zahl der Allgemeinpatientinnen, von denen wir diese Antwort erhielten, noch um 14 % die Anzahl der Privatpatientinnen übertraf.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Frauen, die noch nie prophylaktisch einen Gynäkologen aufgesucht hatten, lagen zu 13 % auf den Privatstationen und zu 87 % auf den Allgemeinstationen des Hauses. Patientinnen, die ein- oder

zweimal zur Vorsorgeuntersuchung gegangen waren, trafen wir mit 18 % in der privaten und mit 82 % in der allgemeinen Pflegeklasse an. Die Gruppe, die angab, öfters zum Frauenarzt zu gehen, waren zu 80 % Allgemein- und zu 20 % Privatpatientinnen. Probandinnen, die regelmäßig zum Zwecke der Vorbeugung einen Gynäkologen konsultierten, verteilten sich im Verhältnis drei (privat) zu sieben (allgemein) auf die beiden Pflegeklassen.

Es zeigt sich also, daß mit zunehmender Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen auch der Anteil der Privatpatientinnen zunahm. Anders ausgedrückt heißt das, daß Privatpatientinnen relativ häufiger beschwerdefrei zum Gynäkologen gingen als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Analoge Verhaltensweisen sind in der Literatur beschrieben. So stellte D. Baird (10) fest, daß Frauen aus höheren sozialen Schichten und mit höherer Bildung eine medizinische Betreuung während der Schwangerschaft voll ausnützten. Freedman und Hollingshead (11) berichten, daß in den USA Angehörige der sozialen Oberschicht öfter zum Psychiater gingen als Angehörige niedrigerer Schichten.

Wir sind geneigt anzunehmen, daß die größere Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen bei Privatpatientinnen zusammen mit der Feststellung, daß diese Gruppe öfters ein Gesundheitslexikon oder Doktorbuch besitzt als unsere Vergleichsgruppe, auf ein größeres Interesse der Privatpatientinnen an der Gesundheit zurückzuführen ist. Davon abgesehen, läßt jedoch die Tatsache, daß zwei Drittel der Privatpatientinnen und vier Fünftel der Allgemeinpatientinnen nie oder höchst unregelmäßig ohne diesbezügliche Beschwerden zum Frauenarzt gehen, darauf schließen, daß der Gedanke und der Sinn der Vorsorgeuntersuchungen in der Öffentlichkeit noch längst nicht bekannt genug ist. Ob die unlängst eingeführte kostenlose Vorsorgeuntersuchung für Kassenpatientinnen eine Änderung im Verhalten

der Frauen bringt, bleibt abzuwarten.

4 d) Gründe für zu seltenen Frauenarztbesuch

Es liegt nahe, nach den Gründen zu forschen, weshalb trotz aller Hinweise von den gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen so wenig Gebrauch gemacht wird. Welche Beweggründe nach Meinung unserer Patientinnen dafür verantwortlich sind, suchten wir durch die nachfolgende Frage zu erfahren. Sie lautete: "Von Ärzten wird nun immer empfohlen, die Frauen sollten sich mindestens einmal im Jahr vom Frauenarzt untersuchen lassen. Viele Frauen tun das aber nicht. Was meinen Sie, woran das liegt, an Gleichgültigkeit, Hemmungen, Angst vor der Gewißheit oder an Zeitmangel?"

Tabelle 4 d: Beziehungen zwischen der Pflegeklasse und den Gründen für zu seltenen Frauen-
arztbesuch

	Gleichgültigkeit		Hemmungen		Angst vor Gewißheit		Zeit-mangel		mehrere Punkte	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Privatpatientinnen	227	(20,7)	369	(14,9)	43	(10,2)	44	(11,5)	97	(27,0)
%	(29,1)		(47,3)		(5,5)		(5,6)		(12,4)	
Summe	780								780	
Allgemeinpatientinnen	869	(79,3)	2101	(85,1)	378	(89,2)	337	(88,5)	262	(73,0)
%	(22,0)		(53,2)		(9,6)		(8,5)		(6,6)	
Summe	3947								3947	
	1096		2470		421		381		359	
	(23,2)		(52,3)		(8,9)		(8,1)		(7,6)	
Summe	4727								4727	

Chi-quadrat_{err} = 66,16 Chi-quadrat_{Tab} = 9,49

Da der errechnete Chi-quadratwert größer ist als der aus der Tabelle ablesbare Wert, verfällt H_0 der Ablehnung.

1.) Reihenweise Prozentuierung: 29 % der Privatpatientinnen glaubten, daß Gleichgültigkeit für unterlassene Vorsorgeuntersuchungen verantwortlich ist, 47 % vermuteten Hemmungen, 5,5 % "Angst vor der Gewißheit" und 6 % meinten, daß Zeitmangel letztlich den Ausschlag gebe. Gleichzeitig mehrere Gründe nannten 12 % der Frauen dieser Gruppe. Die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse befanden zu 22 % Gleichgültigkeit als hauptsächlichsten Beweggrund, der Frauen davon abhält zum Frauenarzt zu gehen. Am häufigsten wurden auch in dieser Gruppe Hemmungen genannt, nämlich von 53 % der Frauen. "Angst vor Gewißheit" gaben 10 %, Zeitmangel 8,5 % an. Mehrere Gesichtspunkte gleichzeitig verantwortlich machten hier 7 % der Frauen.

In beiden Pflegeklassen vermuteten also die meisten Frauen Hemmungen als Hinderungsgrund, wobei 5 % mehr Frauen der allgemeinen Pflegeklasse dieser Meinung waren als Privatpatientinnen. Am zweithäufigsten hörten wir Gleichgültigkeit, und zwar von Privatpatientinnen etwas öfter als von Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: 23 % der Frauen glaubten, daß Gleichgültigkeit der regelmäßigen Konsultation eines Frauenarztes im Wege stünde, und zwar waren dies 21 % aus der Privatabteilung gegenüber 79 % aus der dritten Pflegeklasse. Die Gruppe, welche Hemmungen als Hinderungsgrund angab, verteilte sich im Verhältnis 15 % zu 85 % auf die beiden Pflegeklassen. Wer "Angst vor Gewißheit" vermutete, war zu 90 % Allgemeinpatientin und zu 10 % Patientin der privaten Pflegeklasse. Frauen, die sich für das Stichwort Zeitmangel entschieden hatten, trafen wir zu 11,5 % auf den Privatstationen und zu 88,5 % in den Allgemeinstationen des Hauses an. Die sich für mehrere Punkte gleichzeitig aussprechenden Patientinnen befanden

sich zu 27 % auf der privaten und zu 73 % auf der allgemeinen Station.

Den größten Anteil an Privatpatientinnen fanden wir also in der Gruppe, die mehrere Punkte gleichzeitig anführte. Jede vierte Frau, die diese Ansicht äußerte, lag auf der Privatstation; auch jede fünfte, die Gleichgültigkeit angab. Den größten Anteil an Allgemeinpatientinnen stellten demgegenüber die Gruppen mit Zeitmangel und Angst vor Gewißheit. Jeweils neun von zehn Frauen, die diese Ansicht äußerten, lagen auf der allgemeinen Pflegestation.

4 e) Wunschbild vom Frauenarzt

Ein Motiv, welches in unserer Einteilung über die Gründe der unterlassenen Vorsorgeuntersuchung nicht enthalten war, könnte eventuell auch in der Person des Arztes zu suchen sein. Es schien uns daher von Interesse, herauszufinden, welche Vorstellung unsere Patientinnen über die Persönlichkeit des Frauenarztes hegten. Diesen Zweck verfolgte ein weiterer Komplex unseres Fragebogens. Die 1. Frage hierzu lautete: "Was glauben Sie, gehen Frauen lieber zum Frauenarzt oder zur Frauenärztin?"

Tabelle 4 e₁: Beziehungen zwischen der Pflegeklasse und dem gewünschten Geschlecht des Frauenarztes

	Frauen- ärztin abs. %	Frauen- arzt abs. %	Summe
Privatpatientinnen	223 (14,6)	421 (20,5)	644 (18,0)
%	(34,6)	(65,4)	
Allgemeinpatientinnen	1304 (85,4)	1630 (79,5)	2934 (82,0)
%	(44,4)	(55,6)	
Summe	1527 (42,7)	2051 (57,3)	3578

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 20,80 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

43 % unserer Probandinnen entschieden sich für die Frauenärztin, 57 % für den Frauenarzt. Aufgeschlüsselt auf die Pflegeklassen zeigte sich folgendes:

1.) Reihenweise Prozentuierung: Privatpatientinnen glaubten zu 35 %, daß eine Frauenärztin bevorzugt wird, 65 % vermuteten den männlichen Kollegen. Auch bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse nahmen 56 %, also die Mehrheit, an, daß Frauen lieber zum Gynäkologen als zur Frauenärztin gingen. Hier stimmten 44 % für die Frauenärztin.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Von den Frauen, die sich für den Gynäkologen aussprachen, lagen 15 % auf der privaten und 85 % auf der allgemeinen Pflegeklasse. Die andere Gruppe, die einen Frauenarzt bevorzugte, war zu 20,5 % Privat- und zu 79,5 % Allgemeinpatientin.

In beiden Pflegeklassen überwog also die Meinung, daß ein männlicher Gynäkologe einem weiblichen vorgezogen wird. Während sich jedoch zwei Drittel aller Patientinnen auf den Privatstationen zu dieser Ansicht bekannten, waren es bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse nur etwas mehr als die Hälfte. Diese Ergebnisse werden durch die Signifikanzberechnung bestätigt. Sie stimmen überein mit einer bereits früher an unserer Klinik gemachten Beobachtung von K. G. Friedrich (12): "Angehörige höherer Bildungs- und Sozialschichten, sowie Patientinnen aus Mittel- und Großstädten (Merkmale, die wir vorwiegend Privatpatientinnen zuordnen mußten) sprachen sich bevorzugt für den Frauenarzt aus".

4 e₂) Alter des Frauenarztes

Mit dem Alter des Frauenarztes befaßt sich die nächste Frage, die wir unseren Probandinnen stellten: "Wie alt

sollte Ihrer Meinung nach ein Frauenarzt sein, zu dem man Vertrauen haben kann?" Aus den Antworten bildeten wir drei Gruppen:

- Gruppe 1 = gewünschtes Alter 30 - 40 Jahre
- Gruppe 2 = gewünschtes Alter 40 - 50 Jahre
- Gruppe 3 = gewünschtes Alter über 50 Jahre.

Tabelle 4 e₂: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und gewünschtem Alter des Frauenarztes

	30 - 40 Jahre	41 - 50 Jahre	älter als 50 Jahre	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	151 (15,3) (28,8)	312 (16,0) (59,4)	62 (19,0) (11,8)	525 (16,1)
Allgemeinpatientinnen	961 (84,7) (31,4)	1614 (34,0) (58,9)	264 (31,0) (9,7)	2739 (83,9)
Summe	1012 (31,0)	1926 (59,0)	326 (10,0)	3264

Chi-quadrat_{err} = 2,67 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Ein Zusammenhang zwischen dem gewünschten Alter des Frauenarztes und der Pflegeklasse konnte durch die Signifikanzberechnung nicht bestätigt werden. Die Nullhypothese muß daher beibehalten werden. Wir machten jedoch die überraschende Feststellung, daß sich nur 10 % unserer gesamten Klientel für den Gynäkologen über 50 Jahre aussprachen. Vorgezogen wurde die Altersgruppe zwischen 40 - 50 Jahren mit 59 %. Immerhin ein Drittel aller Frauen wünschten sich einen noch jüngeren Frauenarzt: 31 % nannten die Altersgruppe zwischen 30 - 40 Jahren.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch der oben erwähnte K. G. Friedrich (12) "Unabhängig von sozialen Merkmalen ist die Beliebtheit des 41 - 50 jährigen Gynäkologen immer am größten, und die des 51 - 60 jährigen Frauenarztes immer am geringsten."

Tabelle 4 e₃: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und gewünschtem Familienstand des Frauenarztes

	verheiratet	gleichgültig	Summe
	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	217 (17,8)	556 (16,6)	773 (17,0)
%	(28,1)	(71,6)	
Allgemeinpatientinnen	1000 (82,2)	2787 (83,4)	3787 (83,0)
%	(26,4)	(73,6)	
Summe	1217 (26,7)	3343 (73,3)	4560

$$\text{Chi-quadrat}_{\text{err}} = 0,91 \quad \text{Chi-quadrat}_{\text{Tab}} = 3,84$$

Wie die Signifikanzberechnung zeigt, muß Ho also beibehalten werden. Einen Einfluß der Pflegeklasse auf die Meinungsbildung über den Familienstand des Frauenarztes konnten wir auch hier nicht feststellen. Fast drei Viertel aller Patientinnen war es gleichgültig, ob der von ihnen konsultierte Frauenarzt verheiratet war oder nicht; die restlichen 25 % würden einen verheirateten Arzt vorziehen.

4 f) Zusammenfassung

In diesem Kapitel untersuchten wir das "Wunschbild" vom Frauenarzt sowie die Einstellung der Befragten zu medizinischen und hygienischen Problemen. Zusammenfassend können wir sagen, daß Privatpatientinnen größeres Interesse an ihrer Gesundheit haben als Allgemeinpatientinnen. Als Indiz hierfür dienten uns die Feststellungen, daß Privatpatientinnen eher ein medizinisches Buch besaßen und relativ häufiger ohne spezielle Beschwerden zum Frauenarzt gingen. Allerdings mußten wir auch hier konstatieren, daß zwei Drittel der Privatpatientinnen und gar 80 % der Allgemeinpatientinnen nie oder nur selten zum Arzt gingen. Diese betrübliche Tatsache ist nach Meinung der Mehrheit unserer Probandinnen auf Hemmungen und in zweiter Linie auf Gleichgültigkeit zurückzuführen, wobei jeweils eine etwas größere Anzahl der Allgemein- als der Privatpatientinnen dieser Ansicht waren. Einen Zusammenhang zwischen Pflegeklasse und den Ansichten zur Unterleibshygiene konnten wir dagegen nicht finden. Bei den Vorstellungen über den Gynäkologen differierten die Meinungen nur sehr wenig. Jeweils die gleichgroße Anzahl sprach sich für den verheirateten, 30 - 40 jährigen Frauenarzt aus. Lediglich beim Geschlecht des Frauenarztes zogen etwas mehr Frauen der dritten Pflegeklasse eine Frauenärztin vor, obwohl auch hier in bei-

den Pflegeklassen die Mehrheit vom Frauenarzt behandelt werden wollte.

5. Kapitel: Sexualverhalten

Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Sexualleben

- a) Alter bei der 1. Kohabitation
- b) Anzahl der Geschlechtspartner
- c) Empfindung beim Geschlechtsverkehr

Der letzte Teil dieser Arbeit befaßt sich mit den Beziehungen zwischen der Pflegeklasse und dem Sexualverhalten der Patientinnen. Wir fragten nach dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, der Zahl der Geschlechtspartner sowie den Empfindungen bei der Kohabitation. Da die gestellten Fragen den Intimbereich unserer Probandinnen berührten, bedurfte es einer besonderen Begründung, um möglichst aufrichtige Antworten zu erhalten und um Aussageverweigerungen auf ein Minimum zu beschränken. Diese Motivation versuchten wir, mit dem Hinweis auf die Wichtigkeit gerade dieser Fragen für die Krebsforschung zu geben.

5 a) Alter bei der ersten Kohabitation

Den Patientinnen wurde folgende Frage gestellt: "Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal intimen Verkehr, ich meine Geschlechtsverkehr, mit einem Mann hatten?"

Rund 3 % unserer Patientinnen waren "Jungfrauen", 20 % hatten vor dem 18. Lebensjahr zum ersten Mal Geschlechtsverkehr, 58 % zwischen 18 und 22 Jahren und 19 % waren bei der ersten Kohabitation 23 Jahre oder älter.

Aufgeschlüsselt auf die beiden Pflegeklassen ergibt sich folgendes:

Tabelle 5 a: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Alter bei der ersten Kohabitation

	kein Koitus	bis 17 Jahre	18 - 22 Jahre	älter als 23 Jahre	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	25 (18,0) (3,2)	68 (7,6) (8,7)	425 (15,3) (54,6)	261 (27,9) (33,5)	779 (16,2)
Allgemeinpatientinnen	114 (82,0) (2,8)	899 (93,0) (22,3)	2348 (84,7) (58,2)	675 (72,1) (16,7)	4036 (83,8)
Summe	139 (2,9)	967 (20,1)	2773 (57,6)	936 (19,4)	4815

Chi-quadrat_{err} = 156,05 Chi-quadrat_{Tab} = 7,81

1.) Reihenweise Prozentuierung: Von den Privatpatientinnen hatten 3 % nie Geschlechtsverkehr, 9 % gaben an, ihr erstes sexuelles Erlebnis vor dem 18. Lebensjahr gehabt zu haben. 55 % nannten uns einen Zeitpunkt zwischen 18 - 22 Jahren. 33,5 % waren 23 Jahre und älter. Auch bei den Allgemeinpatientinnen hatten 3 % der Frauen noch nie Geschlechtsverkehr. 22 % datierten den ersten Koitus vor das 18. Lebensjahr, 58 % zwischen dem 18. und 22. Lebensjahr. 17 % waren älter als 22 Jahre, als sie zum ersten Mal mit einem Mann intim verkehrten.

In beiden Pflegeklassen hatten also jeweils mehr als die Hälfte der Frauen zwischen 18 und 22 Jahren zum ersten Mal Geschlechtsverkehr, wobei die Zahl der Patientinnen auf der allgemeinen Pflegestation die Zahl der Privatpatientinnen noch um 4 % übersteigt. Während jedoch bei den Privatpatientinnen die Zahl der Frauen, die vor dem 18. Lebensjahr ihr erstes intimes Zusammensein mit einem Mann hatten, zahlenmäßig (18 %) den kleinsten Anteil ausmachten und diejenigen, die älter als 22 Jahre waren an zweiter Stelle standen, war es bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse genau umgekehrt. Mit 3 % war die Zahl der "Jungfrauen" in beiden Pflegeklassen genau gleich.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: 18 % der "Jungfrauen" waren Privatpatientinnen, 82 % lagen auf der allgemeinen Pflegeklasse. Aus der Gruppe, die beim ersten Intimverkehr jünger als 18 Jahre war, lagen nur 7 % privat, 93 % waren Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. In der zweiten Gruppe (erster Koitus zwischen 18 und 22 Jahren) war das Verhältnis Privat zu Allgemeinpatienten 15 zu 85 und entsprach nahezu der Allgemeinverteilung (16 zu 84). Frauen die beim ersten Koitus älter als 22 Jahre waren, lagen zu 28 % auf den Privat- und zu 72 % auf den allgemeinen Stationen des Hauses.

Diese Feststellungen berechtigen zu folgender These: Privatpatientinnen haben in der Regel später zum ersten Mal Geschlechtsverkehr als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Je später der Zeitpunkt dieses Ereignisses lag, desto geringer war deren Anteil an der Gesamtverteilung.

Dieses Ergebnis ist - wie die Signifikanzberechnung zeigt statistisch gesichert und stimmt mit den Erfahrungen, die wir bei der Korrelation von Heiratsalter und Pflegeklasse gemacht haben, überein. Auch dort stellten wir fest, daß das Heiratsalter bei den Privatpatientinnen höher liegt als das der Vergleichsgruppe.

Auch in der Literatur finden wir unsere Ansicht unterstützt: J. Strass (13) glaubt, daß Eltern eines bestimmten (höheren) Bildungsniveaus - dieses sahen wir ja als einen einschlägigen Faktor bezüglich der Verteilung auf die beiden Pflegeklassen an - an einer Verzögerung der geschlechtlichen Entwicklung ihrer Kinder interessiert sind, um ihnen eine geschlechtliche Frühreife mit den damit zusammenhängenden Problemen zu ersparen und deshalb entsprechende Maßnahmen treffen wie: Fernhalten von sexuellen Reizen, Ablenkung durch sportliche Betätigung, günstige psychohygienische Bedingungen usw.

Ebenso fand Allihn-Al-Zaim (14), daß höhere Schulbildung, gehobener Beruf, besseres Einkommen und infolgedessen höhere Sozialschicht, sowie kirchliche Bindung einem frühzeitigen Beginn des Geschlechtsverkehrs entgegenwirken.

5 b) Anzahl der Geschlechtspartner

Der zweite Gesichtspunkt, unter dem wir das Sexualverhalten beider Pflegeklassen untersuchten, war die Anzahl der Geschlechtspartner. Die diesbezügliche Frage lautete: "Mit wievielen Männern hatten Sie in Ihrem Leben intimen Verkehr?"

Tabelle 5 b: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Zahl der Geschlechtspartner

	1 - 2		3 - 4		5 und mehr	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Privatpatientinnen	577	(15,9)	111	(14,3)	53	(20,2)
%	(77,9)		(15,0)		(7,2)	
Allgemeinpatientinnen	3042	(84,1)	667	(85,7)	210	(79,2)
%	(77,6)		(17,0)		(5,4)	
Summe	3619		778		263	
	(77,7)		(16,7)		(5,6)	
					4660	

Chi-quadrat_{err} = 5,11 Chi-quadrat_{Tab} = 5,99

Eine Beziehung zwischen Pflegeklasse und Anzahl der Intimpartner unserer Patientinnen ist - wie auch die Signifikanzberechnung zeigt - nicht gegeben. In beiden Pflegeklassen hatten jeweils vier Fünftel der Befragten nur mit ein bis zwei Männern Geschlechtsverkehr.

5 c) Empfindung beim Geschlechtsverkehr

Größere Unterschiede traten bei der Beantwortung dieser Frage, der letzten dieses Abschnittes, auf, nämlich der Korrelation von Pflegeklasse und Einstellung zum Geschlechtsverkehr. Unsere Frage hierzu lautete: "Wie ist es denn bei Ihnen mit dem (Geschlechts-) Verkehr? Ist er Ihnen unangenehm, gleichgültig oder angenehm?"

Tabelle 5 c: Beziehungen zwischen Pflegeklasse und Empfindungen beim Geschlechtsverkehr

	unange- nehm	gleich- gültig	ange- nehm	Summe
	abs. %	abs. %	abs. %	
Privatpatientinnen	41 (9,3)	56 (11,0)	554 (18,4)	681 (16,2)
%	(6,0)	(12,6)	(81,4)	
Allgemeinpatientinnen	377 (90,2)	533 (39,0)	2455 (81,6)	3530 (83,3)
%	(10,7)	(13,3)	(69,5)	
Summe	418	734	3009	4211
	(9,9)	(18,6)	(71,5)	

Chi-quadrat_{err} = 39,27 Chi-quadrat_{tab} = 5,99

Die Signifikanzberechnung bestätigt also einen Zusammenhang zwischen Pflegeklasse und dem Empfinden beim Geschlechtsverkehr. H_0 muß daher abgelehnt werden.

1.) Reihenweise Prozentuierung: Von den Privatpatientinnen empfanden 6 % den Geschlechtsverkehr als unangenehm, 13 % war er gleichgültig. 81 % umschrieben ihre Empfindungen mit angenehm. Bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse sprachen 11 % von unangenehmen Empfindungen, 20 % war der Geschlechtsverkehr gleichgültig. 69 % gaben an, angenehme Gefühle zu empfinden.

2.) Spaltenweise Prozentuierung: Frauen, die den Geschlechtsverkehr als unangenehm bezeichneten, lagen zu 10 % auf der privaten und zu 90 % auf der allgemeinen Pflegeklasse. Bei den "Gleichgültigen" fanden wir eine ähnliche Verteilung: 11 % Privatpatientinnen gegenüber 89 % Dritterklassepatientinnen. In der Gruppe, die angenehme Empfindungen beim Geschlechtsverkehr hatten, lagen 18 % auf Privat- und 82 % auf Allgemeinstationen.

Fast ein Drittel aller Frauen, die in den allgemeinen Pflegeklassen lagen, haben also nach eigenen Angaben beim Geschlechtsverkehr unangenehme oder gleichgültige Empfindungen. Bei den Privatpatientinnen gab nur jede fünfte Frau negative Gefühle an. Angenehm dagegen empfanden wesentlich mehr Kranke der Privatstationen die geschlechtliche Vereinigung. Wir können also davon ausgehen, daß Privatpatientinnen beim Intimverkehr im allgemeinen mehr befriedigt werden als dies bei Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse der Fall ist.

Auch Allihn-Al-Zaim (14) kam zu dem Ergebnis, daß bestimmte Faktoren begünstigend auf angenehme Empfindungen beim Geschlechtsverkehr wirken. Zu diesen Faktoren gehören Wohnortgröße, Schulbildung, Berufsausbildung, Ein-

kommen, soziale Kontakte und Urlaubsgewohnheiten, also Gruppen, in denen Privatpatientinnen überrepräsentiert sind.

Kinsey (15) berichtet, daß Orgasmus bei Frauen höherer Bildungsschichten beim Koitus öfters erreicht wird als bei niedrigeren Schichten.

5 d) Zusammenfassung

Der letzte Teil dieser Arbeit befaßte sich mit den Beziehungen zwischen einigen Punkten des Sexualverhaltens unserer Probandinnen und der Pflegeklasse. Es zeigte sich, daß Privatpatientinnen zwar später mit dem Geschlechtsverkehr begannen, diesen jedoch in größerem Maße als angenehm empfanden, als dies bei den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse der Fall war. Einen Zusammenhang zwischen Pflegeklasse und der Zahl der Intimpartner konnten wir dagegen nicht feststellen.

IV. Zusammenfassung der Arbeit und Schlußwort

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit Zusammenhängen zwischen verschiedenen sozialen Merkmalen und der Pflegeklasse gynäkologischer Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Die Ergebnisse stützen sich auf die Aussagen von 4 936 stationär aufgenommenen Frauen, die sich in einem Zeitraum vom 15. Juni 1966 bis zum 14. Juni 1969 einer medizinisch-soziologischen Befragung in Form eines Interviews unterzogen. Das Interview, das in der Regel am Tage nach der Klinikaufnahme stattfand, erfolgte anhand eines standardisierten Fragebogens, der in Zusammenarbeit mit Soziologen entstanden war. Er enthielt 111 Fragen, zum Teil halb offener, zum Teil geschlossener Art, die die Interviewer - Studierende der Medizin, die als Ärzte auftraten - stets im gleichen Wortlaut und in der gleichen Reihenfolge stellten. Alle Antworten der Befragten, die zu Beginn des Interviews über den Zweck der Aktion unterrichtet worden waren, wurden verschlüsselt und später auf Lochkarten sowie Magnetbänder übertragen. Die Auswertung der Daten erfolgte im Rechenzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg nach einem gesondert entwickelten Programm. Dabei kam für die vorliegende Arbeit die Pflegeklasse mit verschiedenen sozialen Merkmalen zur Korrelation. Als notwendigen Signifikanztest verwendeten wir die "Chi-Quadrat" - Methode nach Pearson.

Im 1. Kapitel sahen wir zunächst, daß Privatpatientinnen zu einem größeren Teil verheiratet waren, jedoch in der Regel später die Ehe schlossen als die Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Weiterhin war zu erkennen, daß mit zunehmender Kinderzahl der Anteil der Privatpatientinnen zurückging, die Zahl der Allgemeinpatientinnen dagegen entsprechend anstieg. Die Korrela-

tion von Pflegeklasse und Konfession ergab, daß katholische Frauen auf den Allgemeinstationen stärker vertreten waren, evangelische Frauen dagegen häufiger die Privatstation in Anspruch nahmen. Wir vermuteten, daß diese Tatsache mit dem - schon von Max Weber (9) beschriebenen - Übergewicht der Protestanten in den sozial höheren Schichten in Zusammenhang steht. Beziehungen zwischen der Pflegeklasse und den Ansichten, wem die Aufgabe der Kindererziehung zufällt, fanden wir dagegen nicht.

Im 2. Kapitel machten wir die überraschende Feststellung, daß Privatpatientinnen häufiger einen Beruf ausübten als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Fast zwei Drittel der zuerst genannten Personengruppe gingen einer Beschäftigung nach. Bei den Frauen aus der allgemeinen Pflegeklasse waren es nur etwas mehr als die Hälfte. Weiterhin sahen wir, daß Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse öfter eine Hilfe bei der Hausarbeit zur Verfügung stand als Privatpatientinnen. Zur Deutung dieses unerwarteten Ergebnisses zogen wir als zusätzliche Kriterien die Person, die half, und die Häufigkeit der Hilfe heran. Dabei ergab sich, daß Allgemeinpatientinnen hauptsächlich durch Familienangehörige unterstützt wurden, die folglich immer zur Verfügung standen. Privatpatientinnen hatten demgegenüber, wenn überhaupt, meist fremde Personen als Hilfen und diese meist nur einige Stunden in der Woche. Unsere Erwartungen hinsichtlich der Urlaubsgewohnheiten fanden wir dagegen bestätigt: Privatpatientinnen sahen sich weitaus häufiger in der Lage, regelmäßig Urlaub zu machen als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Ebenso kamen diese öfters und mit weitaus mehr Leuten gesellig zusammen als die Frauen der Vergleichsgruppe, die meist nur geringe soziale Kontakte pflegten. Die Korrelation der Wohnortgröße mit der Pflegeklasse zeigte Privatpatientinnen eher in Groß-

und Mittelstädten beheimatet. Allgemeinpatientinnen kamen dagegen vorwiegend aus Kleinstädten oder dörflichen Gemeinden.

Das 3. Kapitel befaßte sich mit den Zusammenhängen zwischen Schulbildung, Beruf, Einkommen und Sozialschicht einerseits und der Pflegeklasse andererseits. Wir konnten nachweisen: je umfassender die Schulbildung des Vaters und des Ehemanns, aber auch der Patientin selbst, war, desto mehr nahm der Anteil an Privatpatientinnen zu und der Anteil der Patientinnen in der allgemeinen Pflegeklasse ab. In ähnlicher Weise beeinflussten auch der Beruf und das Einkommen des Ehemanns die Wahl der Pflegeklasse unserer Probandinnen. Auch hier nahm mit der Höhe des Einkommens und mit steigender Qualifikation des erlernten Berufes die Zahl der Privatpatientinnen zu und die der Allgemeinpatientinnen entsprechend ab. Die Korrelation der Sozialschicht mit der Pflegeklasse ergab schließlich, daß die Unterschicht nahezu ausschließlich die allgemeine Pflegeklasse in Anspruch nahm; das gleiche gilt auch für die Mittelschicht. Frauen aus der Oberschicht fanden wir in beiden Pflegeklassen, in der privaten etwas häufiger als in der allgemeinen Pflegeklasse.

Im 4. Kapitel war das Image des Gynäkologen und die Einstellung zur Gesundheit in Abhängigkeit von der Pflegeklasse Gegenstand unserer Untersuchungen. Während ein Einfluß der Pflegeklasse auf die Ansichten über Unterleibshygiene nicht bestätigt werden konnte, besaßen die Privatpatientinnen häufiger ein Gesundheitslexikon als die der allgemeinen Pflegeklasse. Zusammen mit der Tatsache, daß Privatpatientinnen häufiger ohne spezielle Beschwerden einen Frauenarzt aufsuchen, werteten wir dieses Ergebnis als Ausdruck eines relativ stärkeren Interesses dieser Gruppe an der Gesundheit. Die Ein-

schränkung "relativ" muß deshalb erfolgen, weil immerhin auch zwei Drittel der Privatpatientinnen nie oder nur selten zur Vorsorgeuntersuchung ging. Als Motiv dafür wurden - neben Gleichgültigkeit - von den meisten Patientinnen Hemmungen genannt, von den Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse etwas häufiger als von den Privatpatientinnen. Für die gleichfalls vorgegebenen Antworten "Zeitmangel" und "Angst vor Gewißheit" entschieden sich dagegen in beiden Pflegeklassen nur wenige Patientinnen. Im letzten Teil dieses Kapitels suchten wir nach der Wunschvorstellung vom Frauenarzt. Demnach sieht der "ideale Gynäkologe" für die Frauen beider Pflegeklassen nahezu gleich aus: Geschlecht männlich, Alter zwischen 40 und 50 Jahren. Die Gynäkologin wurde nur von einer Minderheit der Frauen gewünscht, die bei den Allgemeinpatientinnen etwas größer war als bei denen, die die private Pflegeklasse in Anspruch nahmen. Einen Einfluß der Pflegeklasse auf die Meinungsbildung bezüglich des Familienstandes konnten wir gleichfalls nicht feststellen.

Die Korrelation der Pflegeklasse mit der Vita Sexualis im 5. Kapitel zeigte schließlich, daß Privatpatientinnen in der Regel später mit dem Geschlechtsverkehr beginnen als Patientinnen der allgemeinen Pflegeklasse. Auch bezeichneten weit mehr Privatpatientinnen als Frauen der allgemeinen Pflegeklasse den Geschlechtsverkehr als angenehm. Einen Einfluß der Pflegeklasse auf die Zahl der Geschlechtspartner konnten wir dagegen nicht feststellen.

V. Tabellen zur Berechnung der Sozialschicht

Die Berechnung der Sozialschicht erfolgt aus den Bewertungen von Einkommen, Schulbildung und Beruf.

1.) Berufsgruppen

Code	Bewertung
00 nicht bekannt, kein Beruf etc.	-
10 <u>Arbeiter</u>	
11 ungelernete Arbeiter	1
12 angelernte Arbeiter und Heimarbeiter	4
13 gewöhnliche Facharbeiter	9
14 höchstqualifizierte Facharbeiter (Lehre und zusätzliche Ausbildung)	13
20 <u>Angestellte</u>	
21 ausführende Angestellte (z. B. Kontorist, Verkäufer)	10
22 qualifizierte Angestellte (z. B. Buchhalter, Kassierer)	16
23 leitende Angestellte (z. B. Angestellte mit Prokura in größerem Betrieb, Direktoren)	27
30 <u>Beamte und Behördenangestellte</u>	
31 untere Beamte (bis Obersekretär, Betriebsassistent incl.)	10
32 mittlere Beamte (bis Amtmann und Assessor, Assistent, Lehrer incl.)	15
33 leitende Beamte (ab Regierungsrat incl.)..	23
40 <u>Selbständige</u>	
41 kleinere Selbständige (z. B. Einzelhändler, Handwerker)	15
42 mittlere Selbständige (z. B. Großhändler, Hauptvertreter)	20
43 führende Selbständige (z. B. Unternehmer)	30
44 <u>Freie intellektuelle Berufe</u> (z. B. Arzt, Anwalt, Künstler usw.)	25
45 Landwirte (kleinere Betriebe, zusätzliche Berufsarbeit)	15

Code	Bewertung
46 Landwirte (größere Betriebe, ohne zusätzliche Arbeit)	20
51 Journalisten	16
57 Hausfrau	-
58 Rentner	-
99 keine Angaben	-

2.) Schulbildung

Code	Bewertung
0 Volksschule unvollständig	2
1 Volksschule vollständig	4
2 Handelsschule, Mittelschule ohne Abschluß (und Entsprechendes)	5
3 Höhere Schule (bis Obertertia incl.)...	7
4 Mittlere Reife	9
5 Höhere Schule (länger als Untersekunda, aber ohne Abitur)	11
6 anerkannte höhere Fachschule mit Abschluß	12
7 Abitur	14
8 Universität oder Technische Hochschule (ohne Abschluß)	18
9 Universität oder Technische Hochschule (mit Abschluß)	20

3.) Einkommen

Code	Bewertung
00 nicht bekannt	-
10 bis 199 DM (a)	1
11 200 bis 299 DM (b)	3
12 300 bis 449 DM (c)	5

Code	Bewertung
13 450 bis 599 DM (d)	7
20 600 bis 749 DM (e)	9
21 750 bis 899 DM (f)	11
22 900 bis 1049 DM (g)	13
23 1050 bis 1199 DM (h)	15
30 1200 bis 1499 DM (i)	17
31 1500 bis 1999 DM (j)	19
32 2000 und mehr DM (k)	20
99 Antwort verweigert, keine Angabe	-

4.) Sozialschicht

Unterschicht: Summe der Bewertungen bis 22

Mittelschicht: Summe der Bewertungen von 23 - 39

Oberschicht: Summe der Bewertungen über 39

VI. Literaturverzeichnis

1. PFLANZ, M. : Sozialer Wandel und Krankheit
F. Enke Verlag, Stuttgart 1962
2. SCHEUCH, E.K. : Sozialprestige und soziale Schichtung
Kölner Zeitschrift für Soziologie
Sonderheft 5, 1961
3. KÖNIG, R. : Probleme der Medizinsoziologie
Kölner Zeitschrift für Soziologie
Sonderheft 3, 1959
4. NOELLE, E. : Umfragen in der Massengesellschaft
Rowohlts Enzyklopädie, Hamburg 1963
5. SIEGEL, S. : Nonparametric statistics for the
behavioral sciences.
McGraw - Hill Book Company, Inc.
New York 1956
6. WEBER, E. : Grundriß der biologischen Statistik
Gustav Fischer - Verlag, Stuttgart
1967
7. LIENERT, G.A. : Verteilungsfreie Methoden in der
Biostatistik
Anton Hain - Verlag, Meisenheim am
Glan 1962
8. KRIEGEL, L. : Beziehungen zwischen sozialen Faktoren und Fertilität
Dissertation Erlangen 1968

9. WEBER, M. : Die protestantische Ethik
Mohr - Verlag, Tübingen 1920
10. BAIRD, D. : The social aspect of obstetric
practice
Obstetrical and Gynecological
Survey, 1965, 20. S. 416
11. FREEDMANN, L.Z. "Neurosis and social class.
HOLLINGSHEAD, A.B. : I. Social interaction".
Amer. J. Psychi tr. 1957, 113.
S. 769, nach M. Pflanz 1962
12. FRIEDRICH, K.G. : Der Einfluß von sozialen Merk-
malen gynäkologischer Patien-
tinnen auf ihre Vorstellung
vom Frauenarzt und seiner Tätig-
keit
Dissertation Erlangen 1969
13. STRASS, G. : Der Mensch und soziale Dimen-
sionen. Mikrokosmos - Makrokos-
mos, philosophische und theo-
retische Probleme der Medizin.
Akademie - Verlag, Berlin 1966
14. AL-ZAIM, M.A. : Beziehungen zwischen sozialen
Merkmalen und Sexualverhalten
gynäkologischer Patientinnen
Dissertation Erlangen 1968
15. KINSEY, A.C. : Das sexuelle Verhalten der Frau.
W.B. Saunders Company
Philadelphia and London 1953

L e b e n s l a u f

Als Sohn des Arztes Dr. med. Albert Dietsche und seiner Ehefrau Hedwig wurde ich, Harald Dietsche, am 3. 2. 1945 in Laufenburg/Baden geboren. Im Jahre 1951 trat ich in die Volksschule ein. Von 1957 - 1966 besuchte ich den humanistischen Zweig der Heimschule Lender in Sasbach bei Achern, an welchem ich auch am 2. 3. 1966 die Reifeprüfung ablegte.

Seit Sommersemester 1966 studierte ich an der Universität Erlangen-Nürnberg. Im Wintersemester 1966/1967 legte ich die naturwissenschaftliche und im Sommersemester 1968 die ärztliche Vorprüfung erfolgreich ab. Im Sommersemester 1972 beendete ich mein Studium mit dem Medizinischen Staatsexamen.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990